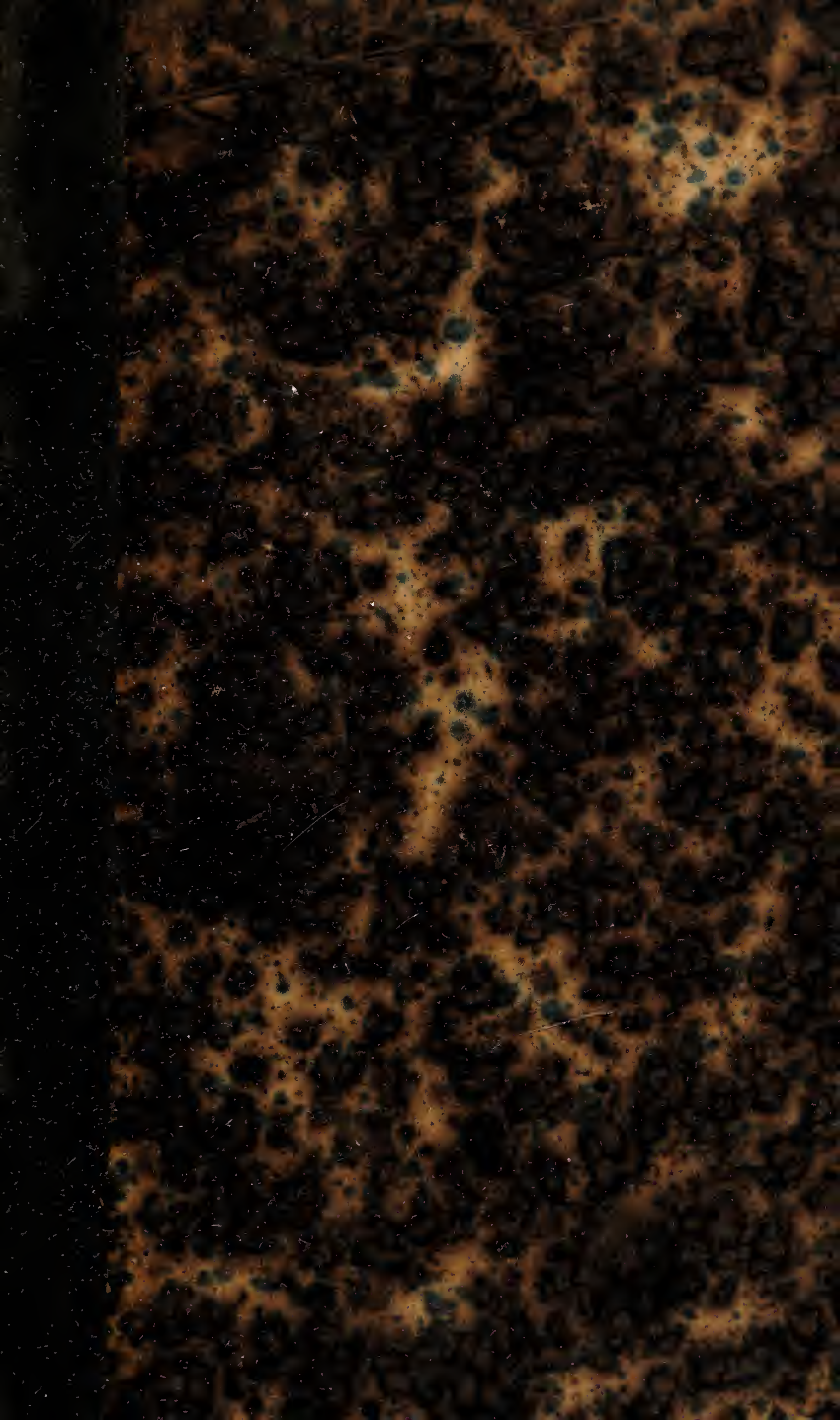
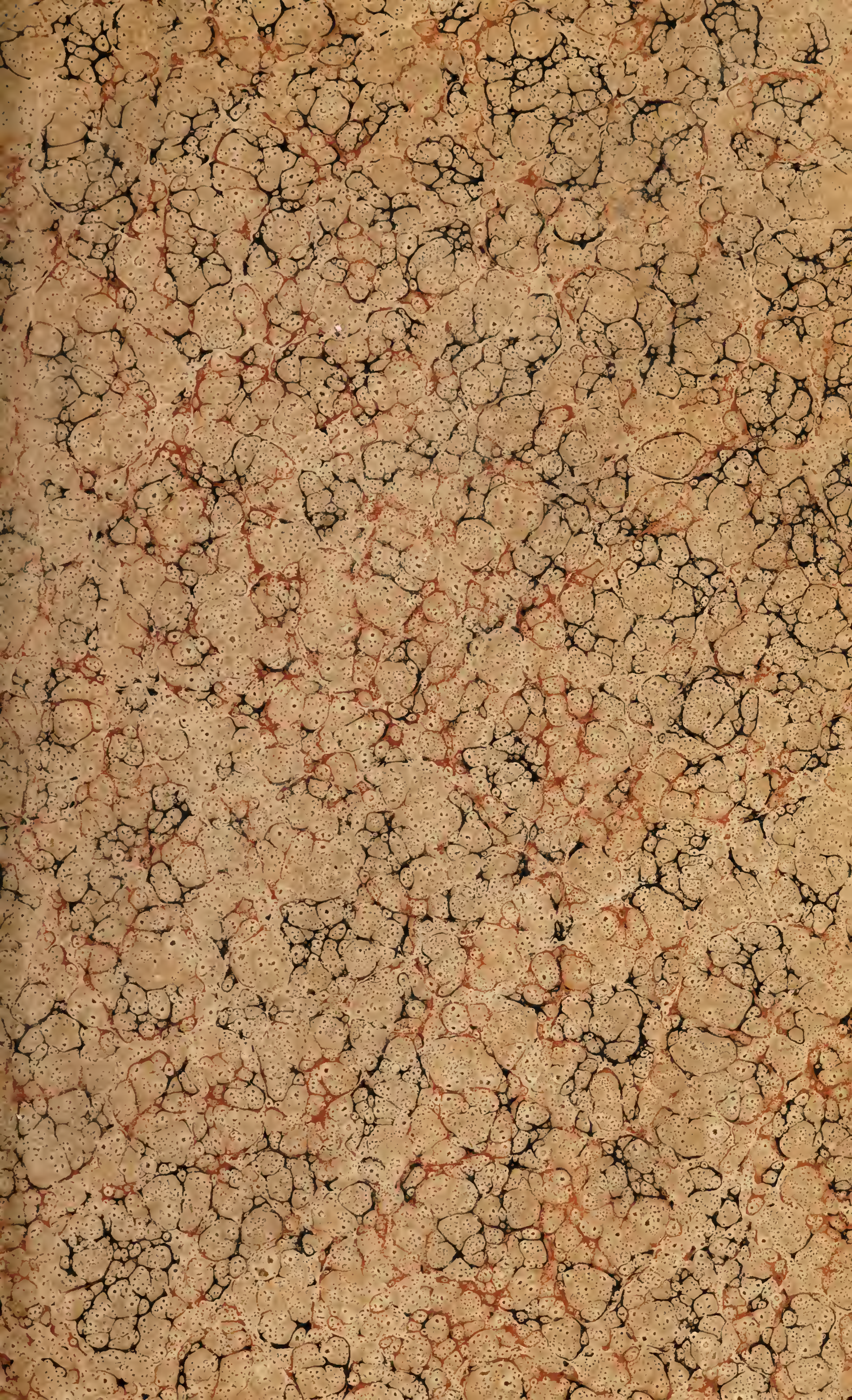






en témoignage d'estime et de recon

S. Furnari

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX

contenant

1° L'HISTOIRE DE L'OPHTHALMOLOGIE ; 2° L'EXPOSITION ET LE TRAITEMENT RAISONNÉ DE TOUTES LES MALADIES DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES ; 3° L'INDICATION DES MOYENS HYGIÉNIQUES POUR PRÉSERVER L'OEIL DE L'ACTION NUISIBLE DES AGENS PHYSIQUES ET CHIMIQUES MIS EN USAGE DANS LES DIVERSES PROFESSIONS ; 4° LES NOUVEAUX PROCÉDÉS ET LES INSTRUMENS POUR LA GUÉRISON DU STRABISME ; 5° DES INSTRUCTIONS POUR L'EMPLOI DES LUNETTES ET L'APPLICATION DE L'OEIL ARTIFICIEL,

SUIVI DE

CONSEILS HYGIÉNIQUES

ET

THÉRAPEUTIQUES

SUR LES MALADIES DES YEUX

QUI AFFECTENT PARTICULIÈREMENT LES HOMMES D'ÉTAT, LES GENS DE LETTRES ET TOUS CEUX QUI S'OCCUPENT DE TRAVAUX DE CABINET ET DE BUREAU.

PAR LE DOCTEUR **S. FURNARI.**

PARIS,

Librairie médicale et scientifique

DE A. GARDEMBAS, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

(anciennes maisons Gabon et Deville-Cavellin.)

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 10.

1841


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

AUX MANES

DE

SCARPA ET DE RAMAZZINI.

L'OPHTHALMOLOGIE EST DEVENUE UNE SCIENCE

DANS LES MAINS DE

SCARPA.

L'OUVRIER, L'ARTISAN, CONSERVERONT

UN SOUVENIR RECONNAISSANT

DES TRAVAUX DE

RAMAZZINI.

HEUREUX L'AUTEUR DE CE LIVRE, SI, MARCHANT

SUR LEURS TRACES,

IL BIEN MÉRITAIT, COMME EUX,

DE LA SCIENCE

ET DE L'HUMANITÉ.

AVANT-PROPOS.

Les travaux ophthalmologiques commencent à prendre faveur en France. Toutefois, parmi les publications, fort remarquables d'ailleurs, qui attestent et secondent en même temps les progrès de l'ophthalmologie, nous avons cru remarquer une lacune importante : c'est l'oubli dans lequel a été laissée la pathologie oculaire envisagée dans ses rapports avec les influences professionnelles; cette lacune, nous avons essayé de la combler, et tout en exposant l'état actuel de l'ophthalmologie sous tous les autres points de vue, nous avons ajouté des considérations pratiques que nous croyons intéressantes sous le rapport de l'étiologie et de la prophylaxie.

Occupé depuis un certain nombre d'années de recherches pratiques sur les maladies des artisans et l'hygiène des professions, nous n'avons fait que consigner ici le résultat d'observations qui s'appliquent aux maladies des yeux.

Afin de rendre ce livre aussi exact que possible, nous avons pris soin de visiter les grands établissemens manufacturiers, d'interroger les plus

humbles industries, de demander des renseignemens à des personnes exerçant des métiers dont on ne soupçonne pas même l'existence; enfin, de consulter les tableaux statistiques des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance et des dispensaires.

Notre travail ne sera pas infructueux pour le public : plus d'une personne atteinte d'une maladie congéniale, ou prédisposée à la contracter, s'abstiendra d'embrasser ou de continuer une profession qui a une grande influence sur son développement.

Tel père de famille s'abstiendra de mettre en apprentissage son fils dans certains ateliers où les lésions mécaniques de l'œil sont si fréquentes, qu'un grand nombre d'ouvriers sont borgnes ; tel autre sera arrêté par la crainte des influences délétères qu'exercent sur l'œil certaines substances à la fabrication desquelles il voulait s'adonner.

Tel ouvrier qui aurait la vue affaiblie par le travail de sa profession peut, tandis qu'il en est encore temps, en choisir une autre et arrêter ainsi les progrès du mal. Nous avons vu souvent des teneurs de livres atteints d'amblyopie, ou d'ophthalmies chroniques graves et opiniâtres, ne parvenir à se guérir qu'en se faisant commis-voyageurs, courtiers, ou commis au détail ; de jeunes ouvrières livrées aux travaux de l'aiguille, ou à la fabrication d'objets excessivement petits, ne pouvoir se guérir des maladies de la cornée et des paupières qu'en changeant d'état.

Les bornes de ce travail ne nous ont point permis de traiter à fond cette question, il doit donc être considéré comme un jalon indiquant des recherches que nous reprendrons plus tard, et qui traceront aux médecins une voie nouvelle dans laquelle il y a un grand nombre d'observations intéressantes à recueillir, et cela d'autant plus facilement, que depuis Ramazzini on s'est peu occupé des maladies des artisans ou des moyens d'en diminuer le nombre. Nous nous applaudissons d'être un des premiers à reprendre ces travaux, qui ont toujours eu une heureuse influence sur la santé et le bien être des classes productives et travailleuses.

Placé à la tête d'un établissement spécial pour le traitement des maladies des yeux, nous avons été à même de voir un très grand nombre de malades, et de vérifier ainsi la plupart des faits que nous rapportons.

Nous avons cherché à rendre ce livre aussi complet que possible, tant sous le rapport de la médecine, que sous le rapport de la chirurgie. Nous avons décrit les procédés opératoires les plus usuels en mettant de côté ceux que l'expérience n'a pas sanctionnés. En intercalant dans le texte les formules les plus usitées en ophthalmologie, nous avons voulu éviter de renvoyer les lecteurs à la fin du volume, ce qui fait perdre un temps toujours si précieux pour les médecins-praticiens.

Nous avons fait précéder notre travail d'un aperçu historique, dans lequel nous avons surtout cherché à démontrer combien étaient peu fondés les reproches de ceux qui se plaisent à accuser la France de n'avoir rien fait pour l'ophthalmologie. Toutes les fois que le sujet l'a comporté, nous l'avons fait précéder d'une petite introduction historique. Nous avons décrit ensuite la maladie, ses symptômes, sa marche et sa terminaison, enfin le pronostic, les causes et le traitement. En rendant celui-ci le plus simple possible, nous avons voulu le dépouiller de la polypharmacie dont la médecine moderne a fait justice. Chaque maladie est terminée par l'indication des professions parmi lesquelles on la rencontre souvent, et nous avons eu soin de proposer les moyens d'en amoindrir les effets et de la rendre moins fréquente.

Ce plan nous paraît rationnel et méthodique ; en débarrasant notre travail de toute vaine érudition et de toute polémique, nous l'avons rendu aussi abrégé que possible, et nous espérons qu'il répondra au but constant de nos efforts, celui de simplifier l'étude et le traitement des maladies des yeux.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

HISTORIQUE.

Les premières connaissances ophthalmologiques remontent à la plus haute antiquité, et c'est encore en Egypte, dans le berceau des sciences et des arts, que nous en apercevons d'abord quelques traces.

Sans prétendre exagérer l'importance scientifique de ces faits isolés, il faut au moins en tenir compte dans l'histoire de l'ophthalmologie. Ils établissent d'ailleurs suffisamment ce point essentiel, que les Egyptiens avaient déjà des *Oculistes*, c'est-à-dire des chirurgiens qui étudiaient et qui traitaient plus spécialement les maladies des yeux. Ces praticiens appartenaient à la caste sacer-

dotale, dans laquelle ils n'occupaient toutefois qu'un rang inférieur. Les *livres hermétiques*, n'étant point parvenus jusqu'à nous, il ne nous reste aucun témoignage direct de l'état des connaissances ophthalmologiques chez les Egyptiens; mais on peut juger sur certains indices qu'elles y étaient plus avancées que dans d'autres pays. Ainsi Woolhouse, dans ses commentaires sur les oculistes anciens, n'hésite pas à considérer Tobie comme un Hébreu qui était allé en Egypte pour apprendre les moyens de guérir son père. D'après ce même auteur, Tobie serait le premier oculiste du peuple d'Israël.

Les Egyptiens, du temps d'Hérodote, avaient aussi des médecins oculistes, c'est-à-dire des médecins pour les yeux comme ils en avaient pour les oreilles, pour les dents et pour toutes les parties du corps.

Les Grecs qui reçurent les premiers la tradition égyptienne, durent y puiser la science ophthalmologique; c'est donc chez eux qu'il nous faudra la rechercher pour essayer d'en suivre le progrès.

Dans notre siècle où il est presque de mode de déprécier le père de la médecine, il ne sera pas hors de propos de rappeler qu'Hippocrate a écrit des aphorismes contenant des préceptes excellens pour le traitement des maladies des yeux; on voit dans ses ouvrages que ses connaissances chirurgicales étaient moins avancées; que ses procédés opératoires étaient parfois cruels, mais partout, l'on trouve, à part d'un grand esprit d'observation, des vues pratiques déjà assez avancées, par exemple, l'application du trépan contre certaines affections amaurotiques.

Démocrite, ami d'Hippocrate, s'occupa moins de chirurgie, mais il tourna ses vues vers la thérapeutique; ce fut lui qui recommanda le fiel d'hyène, comme un re-

mède puissant contre un certain nombre de maladies des yeux, parmi lesquelles il faut placer l'héméralopie et la nyctalopie.

C'est parce qu'Alexandre-le-Grand a puissamment contribué à l'avancement des sciences naturelles en envoyant de toute part à son illustre précepteur Aristote des animaux à disséquer et des remèdes à éprouver, que l'on pensa devoir attribuer à ce prince la découverte de remèdes *souverains* pour les yeux. Il est plutôt probable qu'alors, comme aujourd'hui, l'on cherchait à donner de la vogue à un remède en s'appuyant sur un grand nom, genre de charlatanisme, dans lequel les Grecs n'eurent pas de rivaux.

Eristrate a joué un grand rôle dans l'ophthalmologie grecque ; c'est à lui que l'on doit la connaissance d'un grand nombre de médicamens qui sont encore employés de nos jours.

C'est dans Dioscoride surtout, que l'on trouve l'histoire des médications les plus employées de son temps contre les maladies des yeux ; mais la plupart de ces recettes sont purement empiriques. Les Romains, dans leur existence toute guerrière, s'occupèrent peu de science ; aussi ils trouvèrent commode de prendre aux Grecs toutes leurs connaissances médicales. Il suffit de lire leurs auteurs pour s'assurer que c'étaient des Grecs qui exerçaient communément à Rome l'ophthalmologie. Il paraît qu'Arcagathus fut le premier médecin grec qui s'adonna à cette spécialité ; mais il faisait un tel abus des sétons, des cautères et du feu, qu'au rapport de Pline il fut chassé de la ville.

Celse, écrivain plutôt que praticien, a traité fort au long des maladies des yeux dans les chapitres 6, 7 et 8 du livre sixième ; et son chapitre 7 du livre septième doit

être considéré comme la monographie la plus exacte de tout ce que l'on savait de son temps sur les maladies de l'œil. Si son livre contient des erreurs, ce sont les erreurs de son temps, dues au manque de connaissances anatomiques qui furent partagées non seulement par ses contemporains, mais encore par ceux qui vécurent longtems après lui ; Galien lui-même ne put s'en défendre, quoiqu'il eût déjà disséqué des singes, et même, dit-on, quelques cadavres humains.

Au reste, Galien s'occupa beaucoup plus de la composition des médicamens que de toute autre chose, et sa pharmacie de la *voie sacrée*, dont il déplora amèrement la perte, en est la preuve ; si son livre *de Oculis* n'est pas venu jusqu'à nous, on doit le regretter ; car en lisant le *Codex* de Galien sur les maladies des yeux, ainsi que celui intitulé *de Compositione Medicamentorum secundùm locos* (1), l'on devine que l'ouvrage perdu devait renfermer des choses fort intéressantes sur les maladies des yeux, en jugeant par ce qui existe dans les travaux que nous venons de citer.

Un des successeurs de Galien, Alexandre Aphrodiseus, jouissait d'une grande réputation de savoir ; c'est lui qui chercha le premier à prouver que l'ophthalmie est contagieuse ; mais ces idées n'eurent pas de suite et l'on retomba de nouveau dans l'empirisme et la polypharmacie, résultat auquel contribuèrent beaucoup les écrits de Scribonius Largus, et ceux de Marcellus Empiricus, le médecin le plus superstitieux de son temps.

Il faut arriver à Paul d'Égine, pour retrouver quelques notions intéressantes sur les maladies des yeux ; en effet, dans son traité *de Oculorum morbis*, on trouve

(1) Voyez Bibliothèque royale de Paris, n. 275.

non seulement l'histoire des maladies qu'il a observées, mais encore un résumé exact de tout ce qui avait été fait jusqu'à lui; et si son travail porte encore des traces d'ignorance et de routine, il faut en accuser l'époque où il vivait et peut-être l'empire des traditions dont il ne put point se débarrasser.

Enfin Aétius d'Amide a consigné, dans le deuxième livre *de Malignis oculorum ulceribus*, des préceptes fort utiles pour le traitement des maladies des yeux.

Si de là nous passons aux écrivains Arabes, nous voyons qu'ils avaient parmi eux des oculistes proprement dits; leur principale médication consistait à saigner beaucoup et à appliquer le feu. On conçoit que les Arabes aient étudié les maladies des yeux avec soin, car elles sont très fréquentes dans leur pays; l'ophthalmie surtout y est endémique. C'est aussi parce que la cataracte était très commune dans les pays soumis à leur domination, qu'ils en firent une étude toute spéciale. Les Arabes ont remarqué que certaines chairs avaient la propriété de fortifier et d'éclaircir la vue, comme, par exemple, celles de pie, d'hirondelle, d'oie, de vipère, de loup, de bouc et des oiseaux de proie.

Les principaux Arabes qui s'occupèrent des maladies des yeux furent Averrhoes, Albucasis et Jésus-Hali. La plupart de leurs ouvrages ne furent que des compilations de leurs prédécesseurs. Il parait cependant démontré qu'ils ont connu et pratiqué l'opération de la cataracte par extraction. Haller cite l'ouvrage d'un individu dont le nom n'est point mentionné, intitulé *de Oculorum morbis*; l'on y trouve des dessins grossiers de quelques lésions et de quelques instrumens de chirurgie. Ce même savant dit qu'un certain Frambesarius, qui vivait au seizième siècle et enseignait à Paris, avait avancé que la

cataracte consistait dans une opacité de la lentille cristalline ; mais comme Haller n'indique pas la source de cette assertion, il a été difficile de la vérifier malgré son importance. Le professeur Beer pense que cela pourrait être dans la collection des ouvrages de cet auteur qui parurent en latin, à Francfort, en 1629, puis en français, à Rouen, en 1881, et à Lyon, en 1644 et en 1649.

Jean Muraltus qui écrivait en 1641, rapporte qu'un chirurgien de Zurich, nommé Freitag, avait dans l'année 1694, retiré trois fois la cataracte de l'œil avec un crochet, ce qui semblerait prouver que les traditions des Arabes sur l'extraction ne s'étaient point perdues et que l'on avait senti la nécessité et l'utilité de cette méthode, bien longtemps avant que les Français ne la rétablissent dans le domaine de la science.

Camanusali, médecin qui florissait à Bagdad, en 1250, fut le premier qui crut devoir envisager la pathologie des yeux d'une manière spéciale et plus étendue qu'on ne l'avait fait avant lui. Il conçut cet heureux mélange de la théorie et de la pratique manuelle qui doivent s'entraider, et que doit posséder celui qui se destine au traitement des maladies des yeux. Il est le premier qui ait dogmatiquement écrit sur ce qui a rapport à leurs affections, et qui en fit un corps de doctrine. Son ouvrage parut longtemps après sa mort sous ce titre : *Liber super rerum preparationibus quæ ad oculorum medicinas faciunt et de medicaminibus ipsorum*, etc. *Venitiis*, 1444. Il rapporte tout ce que Celse, Paul, les Arabes, les Chaldéens, les Juifs et les Indiens avaient dit sur cette matière.

Les médecins ecclésiastiques et scholastiques s'étant trouvés éloignés dans la dernière portion du moyen-âge, de la partie active et ministrante de l'art de guérir, les médecins *oculistes* et tous les *thérapeutes* qui se trou-

vaient attachés à quelques fonctions extérieures ou manuelles, concernant l'art de guérir, eurent une existence séparée et furent compris dans certains corps ou *confréries* d'opérateurs. Dans les statuts des chirurgiens de Paris, il y a un article qui porte, que ceux qui voudront être reçus pour exercer seulement la partie de la chirurgie qui concerne la vue, subiront un examen, dans lequel ils seront interrogés sur la théorie et sur la pratique, et qu'ils auront le titre d'*experts pour les yeux*, sans pouvoir y joindre celui de chirurgien.

D'après la législation actuelle de la médecine, les chirurgiens oculistes peuvent indifféremment appartenir à la classe des médecins ou à celle des officiers de santé, suivant le degré de savoir et l'ensemble des connaissances dont ils ont fait preuve (1).

Si les chirurgiens du seizième et dix-septième siècle se sont peu occupés des maladies des yeux et ont abandonné le traitement de ces maladies aux empiriques et aux charlatans, ceux du dix-huitième, par contre, s'en occupèrent d'une manière toute spéciale, firent faire des progrès immenses à l'*ophthalmologie* et la constituèrent comme science.

Ici apparaissent dans toute leur splendeur les travaux mémorables de l'Académie royale de Chirurgie qui jetèrent une si grande lumière sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil; il suffit de lire les travaux de Mery, Saint-Yve, Lafaye, Poyet, Bérenger, Morand, Bordenave, Le Cat et les rapports de l'illustre Louis, pour se convaincre de l'immense part que les chirurgiens français ont prise à la marche progressive de l'ophthalmologie ; ce sont eux qui jetèrent ses jalons, qui

(1) Encyclopédie méthodique.

tracèrent la route où tant d'autres se sont illustrés depuis.

C'est à cette époque que Daviel rappela l'attention du monde savant sur l'extraction du cristallin, et lors même qu'il eût existé dans les livres des Arabes et dans celui des Muraltus des souvenirs d'extraction, on doit cependant à juste titre considérer Daviel comme l'inventeur de cette méthode, car rien dans les livres de l'antiquité, ni dans ceux du moyen-âge, ne put lui donner la plus légère indication sur la méthode employée par les Arabes. C'est encore dans le dix-huitième siècle que parurent Demours père; Janin; de Combes-Blanches; Pamard; Wenzel, que la France conquit sur l'Allemagne; Richter; Sigward; Jean de Wit; et tant d'autres dont les travaux sont trop connus pour que j'en fasse ici l'énumération.

A cette époque se présentent deux hommes qui imprimèrent à la science ophthalmologique un essor jusqu'alors inconnu : ce sont Barth et Scarpa; tous deux se firent chefs d'une école dans laquelle ils acquirent une réputation universelle; ils y arrivèrent par des chemins bien différens.

Barth, né à Malte, et descendant du célèbre oculiste Grima-Maltèse, fonda à Vienne, grâce à la philantropie de Marie-Thérèse, le premier enseignement régulier qui eût rapport aux maladies des yeux. Scarpa profitant de sa position fit paraître un ouvrage sur les maladies des yeux qui a été pendant longtemps une espèce de code pour les médecins praticiens. Il faut l'avouer, cet ouvrage a été l'astre brillant autour duquel sont venus graviter des satellites subalternes qui reçurent et réfléchirent sa lumière pendant longtemps. Les plus grands chirurgiens contemporains pui-

sèrent à cette source, et naguère encore Travers et Guthrie, dans leurs dernières publications, s'empressèrent de déclarer que l'ouvrage de Scarpa avait été pendant longtemps en Angleterre le seul livre auquel les médecins praticiens et les étudians pussent recourir avec confiance ; c'est qu'en effet ce livre est empreint des idées pratiques les plus larges, et que partout l'on voit le cachet de l'homme de génie qui pensa qu'il n'y avait pas de déshonneur à se faire oculiste, et qu'il fallait un nom comme le sien pour arracher à l'empirisme et à l'ignorance une des plus belles spécialités de la chirurgie.

Barth n'a écrit que quelques mémoires dans un esprit qui fait regretter qu'il se soit borné à transmettre ses doctrines par des traditions et des enseignemens à ses élèves; il est vrai que parmi ceux-ci l'on compte Beer, Schmidt, Benedict, Spindler et Walther, qui, à leur tour, ont propagé les idées du maître et établi en Allemagne une doctrine ophthalmologique d'où dérivent la plupart de celles enseignées aujourd'hui dans ce pays. Beer professait la plus profonde vénération pour Scarpa, dans son enseignement et ses écrits, partout il rend justice au plus grand des chirurgiens contemporains; aussi ne voyons-nous pas sans une grande surprise l'injuste dépréciation dont ses écrits sont l'objet de la part de quelques écrivains allemands modernes qui ne connaissent son ouvrage que sur l'imparfaite traduction de Martin qui ne se servit pas même du texte italien, mais bien de la traduction française de Leveillé.

L'enseignement de Barth eut une grande influence, car dès cette époque l'on sentit en Allemagne toute l'importance de l'ophthalmologie, et on lui consacra des chaires, des hôpitaux, des journaux spéciaux: voilà

donc tout ce qui constitue une science, voilà l'enseignement complet d'où sortirent les hommes qui tiennent le premier rang parmi les chirurgiens contemporains. C'est de là que vinrent Himly, Langenbek, Rhhst, Beck, Græffe, Jüngken, Ammon, Jæger, Weller, Fabini, Schœn, Flarer, Quadri; c'est à ce dernier que l'on doit l'introductiou des idées allemandes dans le midi de l'Italie où il fonda, il y a plus de vingt ans, un enseignement régulier complet, calqué sur celui de Vienne.

A la même époque, la maison d'Autriche rentrant dans ses possessions ultramontaines créa des chaires et des cliniques spécialement destinées à l'enseignement de l'ophthalmologie, dont la première fut occupée par Panizza et ensuite par Flarer. Aussi l'Italie est-elle fort avancée sur tout ce qui a rapport à l'ophthalmologie, et un grand nombre de chirurgiens de mérite s'en occupent d'une manière toute spéciale; nous nous bornerons ici à rappeler les noms de Quadri, à Naples; Riberi, à Turin; Molinari, à Milan; Schiantarelli, à Brescia; Giorgi, à Imola; Portal et Polara, à Palerme; Poliati et Catanoso, à Messine, etc.

L'Angleterre marche dans une bonne voie, grâce à l'enseignement qu'y a fondé, il y a bientôt quarante ans, l'illustre Saunders, qu'une mort prématurée a enlevé à la science. C'est de cette école que sont sortis Adams, Gipson, Lawrence, Tyrrel, Farre, Guthrie, Makenzie, Samuel Cooper, auquel l'on doit d'avoir propagé en Angleterre et en France les doctrines de l'école de Vienne. L'Angleterre possède un grand nombre d'établissemens destinés au traitement des maladies des yeux; c'est à leur influence que l'on doit la plupart des productions ophthalmologiques de ce pays, parmi lesquelles il faut signaler celles de Wardrop, Lawrence, Travers, Crampton, Watson, Mildemore et Makenzie.

La France agitée pendant si longtemps par ses guerres intestines, par ses conquêtes et surtout par ses revers, n'a vu paraître que fort peu d'ouvrages spécialement destinés à l'ophthalmologie ; de là on a conclu qu'en France l'ophthalmologie était négligée; cette conclusion est absolument fausse quand on considère surtout la marche suivie dans l'enseignement de la médecine en France, et surtout la forme adoptée pour propager les sciences médico-chirurgicales.

Jusqu'à la Restauration la France n'eut qu'un seul journal de médecine dont l'existence a traversé tous les orages politiques. Dès la Restauration, au contraire, un grand nombre de publications médicales périodiques sont venues enrichir la science de productions nationales et étrangères. On a publié aussi beaucoup de dictionnaires dont les articles formaient tout autant de monographies fort intéressantes, et si aujourd'hui on réunissait en corps d'ouvrage tout ce qui a été écrit sur les maladies des yeux, l'on formerait de nombreux volumes. On trouve dans le *Journal de la Société de médecine de Paris* un grand nombre de travaux consacrés à l'ophthalmologie. C'est là que Demours consignait les résultats de sa profonde et savante pratique; c'est là que M. Roux publia deux mémoires fort intéressans sur l'extraction de la cataracte. Dans ce recueil, l'on trouve un mémoire remarquable de Chamseru sur l'ophthalmie d'Égypte, les recherches sur la cataracte noire par Riobé, Coze, Lusardi. Le même journal contient une note sur la kératonyxis, par M. Faure, suivie de réflexions sur la dissertation de M. Jægre concernant ce procédé. Jandrin, J. Cloquet, Lagneau, Sauveton, Convers, Monjeneau, Valentin, ont inséré des articles très savans ; enfin, Maunoir y a consigné des travaux originaux et pleins d'intérêt sur

la pupille artificielle et l'opération de la cataracte. Nous ne passerons pas sous silence les mémoires et observations sur les maladies des yeux de Gleize, publiés à Orléans en 1811 : les Allemands eux-mêmes nous dispensent d'en faire l'apologie.

Nous nous abstiendrons d'examiner les articles publiés dans le *Grand Dictionnaire des Sciences médicales*, par Demours et MM. Guillié, Jourdan, Ribes, etc. : ils sont trop connus pour cela.

A la même époque, Demours publiait son grand ouvrage sur les maladies des yeux avec un atlas d'une exécution graphique très belle et qui n'a point été surpassée quoi qu'en disent les Anglais et les Allemands ; plus tard, il fit paraître son *Précis* qui est un ouvrage éminemment pratique.

Guillié, chargé de la direction de l'instruction des jeunes aveugles de Paris, publia un travail sur les moyens de propager l'instruction parmi les aveugles-nés. Ce livre eut un grand retentissement et se trouve dans les mains de ceux qui se consacrent à l'instruction et à l'amélioration du sort des aveugles. Le même auteur fit paraître ses recherches sur la goutte sereine, la cataracte noire et l'ophthalmologie des anciens.

A Lyon, M. Lusterbourg, en publiant les observations cliniques de Marc-Antoine Petit sur les maladies des yeux, faisait doublement regretter qu'une mort prématurée et violente eût empêché l'illustre successeur des Ponteau, des Guérin et des Janin, de faire connaître lui-même les résultats brillans qu'il avait obtenus dans sa longue et heureuse pratique.

Montain, de la même ville, payait aussi son tribut à la science, en publiant son ouvrage sur la cataracte et sur la pupille artificielle.

Léveillé, le premier traducteur de Scarpa, a publié dans le journal de Sédillot, ainsi que dans sa *Doctrine chirurgicale*, sur l'absorption du cristallin, l'abaissement de la cataracte et les maladies des paupières, des réflexions pratiques, que ne désavouerait aucun des ophthalmologistes allemands les plus en renommée.

Jadelot a consigné dans l'*Annuaire médico-chirurgical* des hôpitaux de Paris, un mémoire sur l'ophthalmie purulente des enfans qui peut servir de modèle à tous ceux qui écrivent sur cette matière.

Ce serait un outrage fait à la mémoire du savant et consciencieux Boyer, de ne point mentionner la part qu'il a prise aux progrès de l'ophthalmologie, en consacrant un volume entier à cette partie de la chirurgie, où l'on retrouve à chaque pas cette profondeur de jugement qui le distinguait parmi ses contemporains.

Dupuytren remit en vogue l'opération de la fistule lacrymale à l'aide d'une canule métallique ; son autorité et l'habileté avec laquelle il la pratiquait, rendirent cette méthode presque exclusive en France; M. Hippolyte Royer-Collard a publié un travail estimable sur les résultats de la pratique de Dupuytren en ce qui regarde l'opération de la cataracte ; et l'on regrette que là se soient arrêtées les publications concernant la pratique ophthalmologique du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu !

Ceci nous conduit tout naturellement à parler des contemporains. Nous commencerons par M. le professeur Sanson à qui l'on doit la première impulsion donnée en France aux travaux ophthalmologiques modernes. Dans ses élémens de pathologie médico-chirurgicale, il a traité la partie ophthalmologique avec la clarté et la concision qu'on lui connaît ; la médecine opératoire de Dupuytren, qu'il a rédigée de concert avec Bégin, est

empreinte du même esprit. Enfin, dans son enseignement particulier et dans la partie ophthalmologique du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, on distingue le même esprit d'analyse et la même justesse de vues pratiques.

Nous serions fort injustes si nous oublions M. Velpeau qui, depuis 1820, s'est occupé de publications spéciales sur les maladies des yeux, qui en 1831, leur consacra le premier à Paris un enseignement clinique à la Pitié, et prouva ainsi, comme il l'avait déjà fait en 1820 dans le *Journal de médecine*, en 1825 dans son *Traité d'Anatomie des régions*, en 1826 dans les *Archives générales de médecine*, tout l'intérêt qu'il apportait à l'enseignement et au progrès de cette branche de la chirurgie ; dès lors son zèle ne s'est point ralenti ; le soin particulier qu'il a donné à cette partie de la science qui concerne les opérations des maladies des yeux, nous en fournit la preuve dans son *Traité de médecine opératoire*. Les articles dus à sa plume ou à ses leçons dans le *Bulletin de thérapeutique*, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, dans la *Gazette des Hôpitaux*, dans une foule de thèses, et surtout dans sa collaboration du *Répertoire de médecine et de chirurgie*, en vingt-un volumes, démontrent jusqu'à quel point il est versé dans la littérature ophthalmologique étrangère. En 1838, il a consacré plusieurs mois à l'enseignement clinique de l'ophthalmologie, dans son service de la Charité.

En 1832, MM. Sichel et Carron du Villards commencèrent, l'un des publications, l'autre un enseignement spécial sur les maladies des yeux; ce sont ces deux ophthalmologistes, qui ont donné une nouvelle impulsion à l'étude de l'ophthalmologie en France; mais d'après tout ce que nous avons dit l'on aurait tort de croire qu'ils

ont importé la science ophthalmologique dans ce pays.

Quoique d'origine étrangère, ils doivent être considérés comme des ophthalmologistes français, car tous leurs travaux se rattachent pour la plupart à la chirurgie française, et sont presque tous publiés dans les recueils français : M. Carron a publié des travaux importans sur quelques maladies des paupières, l'évacuation de l'humeur aqueuse, l'amputation partielle et totale de l'œil ; la pupille artificielle ; l'abaissement de la cataracte ; la kératite scrofuleuse, un livre spécial *sur les causes qui font échouer l'opération de la catarate* ; enfin le *Guide pratique*, sur l'étude et le traitement des maladies des yeux.

M. Sichel, de son côté, profitant de l'obligeance de M. Bérard jeune, commença un cours d'ophthalmologie à l'hôpital Saint-Antoine ; un certain nombre de ses leçons ont été publiées dans les journaux de médecine, et ont servi à propager davantage les doctrines allemandes dejà assez connues en France, grâce à la publication du dictionnaire de Samuel Cooper ; M. Sichel a publié ensuite un fort bon travail sur la *choroïdite* ; un mémoire sur l'*ophthalmie rhumatismale* ; un tableau synoptique des ophthalmies, et un traité sur l'*ophthalmie*, la *cataracte* et l'*amaurose*.

M. Cunier, après avoir publié dans les journaux un certain nombre de travaux importans sur les maladies des yeux, vient de combler une lacune en ouvrant à cette branche de la médecine une tribune spéciale destinée à jouer un rôle important dans les progrés de l'ophthalmologie. L'empressement avec lequel le *Journal d'oculistique* a été accueilli, témoigne assez l'intérêt qu'il inspire.

Quoique repoussant l'ophthalmologie comme spécialité, M. Rognetta n'en a pas moins publié quelques tra-

vaux intéressans sur l'*amaurose* considérée comme résultat de causes organiques, sur la *physiologie de l'œil*, sur l'*extirpation* de cet organe, enfin ses *leçons d'ophthalmologie*.

Nous mentionnerons particulièrement M. le docteur Caffe, ancien chef de la clinique ophthalmologique des hôpitaux de Paris, qui a rempli ces fonctions pendant quatre ans à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital de la Pitié. Le grand nombre de malades qu'il a eu à traiter pendant ce laps de temps, lui a permis d'arriver, dans certains cas, à des résultats pratiques fort importans, et dont quelques uns ont été publiés dans le compte-rendu que M. Caffe a présenté au conseil général de l'administration des hôpitaux, il y a environ deux ans.

MM. Bourjot Saint-Hilaire et Pigné, dignes élèves de M. Sanson marchent honorablement dans la voie que leur a tracée leur maître. Les articles qu'ils ont publiés dans les journaux font espérer que lorsqu'ils se livreront à des travaux plus étendus, ils y apporteront le zèle et le savoir que le public a remarqués dans leurs premiers écrits.

Parmi les médecins des départemens qui ont le plus contribué par leurs écrits ou par leur enseignement au mouvement ophthalmologique de notre époque, nous citerons particulièrement : MM. Stœber, à Strasbourg; Gensoul et Peterquin, à Lyon ; Serres, à Alaix ; Roux, à Marseille; Ranque, à Orléans; Pamard, à Avignon.

Pour seconder ce mouvement il manquait un ouvrage où l'ophthalmologie fut envisagée plus en détail dans ses *rapports avec les diverses professions* : c'est cette lacune que nous avons essayé de remplir ; heureux si nos faibles travaux peuvent être de quelque utilité aux progrès récens de l'ophthalmologie !

Du reste, nous sommes loin d'avoir voulu faire l'historique complet de l'ophthalmologie, nous nous sommes simplement proposé de retracer quelques souvenirs dont la brièveté fût en rapport avec le volume et le but de notre publication.

INTRODUCTION.

Si l'œil joue un si grand rôle dans l'économie, c'est non-seulement par l'importance des fonctions qu'il est appelé à remplir, et des actions qu'il est destiné à régir, mais par les liaisons intimes qu'il entretient avec tout l'organisme et les différens systèmes qui le composent ; c'est pour cela qu'il est bien difficile que l'organe immédiat de la vision soit gravement affecté sans que les autres systèmes n'en souffrent; par la même raison les affections des autres organes impriment à l'œil des modifications particulières, dont les seméiologistes modernes ont tiré un grand parti pour le diagnostic et la localisation de certaines maladies. Ces rapports de l'œil avec les autres organes sont trop connus pour que nous en fassions ici l'histoire ; tous les ouvrages de physiologie sont remplis des détails de ces sympathies. Nous ne parlerons que d'un seul organe sur lequel l'œil exerce une grande action, c'est l'estomac. En effet, la vue d'objets dégoûtans ne

soulève-t-elle pas l'estomac? cet organe distendu par des alimens indigestes, fatigué par la présence de la bile, ou des saburres ne produit-il pas à son tour des troubles dans la vision? l'ingestion des substances narcotiques ou métalliques n'occasionnne-t-elle pas des cécités momentanées et souvent durables? les entozoaires renfermés dans cet organe ne donnent-ils pas lieu à des phénomènes amaurotiques?

Wardrop cite le fait d'une jeune fille qui devint aveugle pour avoir avalé une grosse perle, et qui ne guérit qu'un an après lorsqu'un vomitif lui eut fait rendre ce corps étranger!

C'est de ce fait que sont partis quelques homœopathes, pour bâtir leur singulière théorie sur la faculté de produire et de guérir l'aveuglement par la perle, prise en doses infinitésimales.

A cette union variée et frappante avec le reste du corps, l'œil joint une grande individualité dans sa propre organisation et dans sa structure, où l'on rencontre, à un degré de finesse et de perfection extrême, la plupart des maladies qui affectent les autres organes, et c'est surtout dans celles qui revêtent un caractère inflammatoire, que cette similitude est la plus frappante. Ces maladies se développent sous l'influence des mêmes causes; elles affectent la même marche; elles sont suivies des mêmes terminaisons, enfin elles sont caractérisées par des signes qui sont à peu près les mêmes et qui ne varient que selon la nature du tissu primitivement ou secondairement atteint.

Les maladies qui compliquent, ou modifient les affections spéciales de l'œil, offrent en général les mêmes caractères que lorsqu'elles siégent sur une autre partie: ainsi, par exemple, les scrofules, la syphilis, impriment

à l'œil les mêmes caractères que ceux observés sur les autres organes ; le catarrhe se comporte dans l'œil comme il se comporte dans toutes les autres parties du corps susceptibles d'en être affectées. C'est pour cette raison que le professeur Jungken pense qu'il vaudrait mieux appeler les maladies de l'œil par leur nom propre en raison de leur nature, c'est-à-dire un *catharre* de l'œil, une *goutte* de l'œil, un *rhumatisme* de l'œil, etc.

D'après ce que nous venons de dire il est facile de concevoir que lorsque l'œil est malade, il ne l'est pas autrement que les autres parties du corps. La seule différence que l'on puisse y trouver consiste dans la manière dont ces maladies se manifestent, et qui est due surtout à la position de l'œil à la périphérie du corps, qui l'expose à l'action immédiate d'une foule de causes délétères rendues plus actives par l'excessive sensibilité des parties sur lesquelles elles agissent. Mais cette position de l'œil, en le rendant plus sujet à l'influence des agens irritans externes, permet aussi aux médecins de l'examiner avec soin, jusque dans ses profondeurs les plus intimes. C'est pour cette raison que le diagnostic des maladies de l'œil doit influer singulièrement sur le parti que le médecin doit prendre dans leur traitement.

Le diagnostic doit se baser sur deux points principaux : l'examen *objectif* et l'examen *commémoratif*. Le premier comprend tout ce que le médecin peut observer par lui-même sans recourir aux indicaions que fournit le malade, et que l'on nomme commémoratif.

Le diagnostic est donc une des parties les plus importantes de l'ophthalmologie, car c'est de là que dérivent les inductions thérapeutiques ; c'est aussi la partie la plus difficile, parce qu'elle ne s'apprend point dans les

livres, parce qu'elle n'est point le résultat d'un instinct, mais bien celui d'une observation attentive, d'une appréciation réelle et sévère qui s'acquiert par l'habitude de voir et de comparer.

Avant de passer aux détails, il faut examiner l'individu dans tout son ensemble; noter sa constitution, sa construction, son tempérament, la coloration de sa peau et son habitude générale. L'homme qui veut étudier avec fruit les maladies des yeux ne doit jamais perdre de vue que c'est en groupant tous les symptômes apparens sur le même sujet, en les coordonnant, que l'on acquiert la sûreté du diagnostic, vulgairement connue sous le nom de *coup d'œil du praticien.*

Après ce premier examen, l'on passe à celui de la localité, puis on interroge le malade avec les précautions convenables, en ayant soin de lui faire des questions précises et claires auxquelles il puisse répondre facilement. Il est presque toujours oiseux de faire décrire au malade l'histoire détaillée de sa maladie, car il se perd souvent dans des narrations complètement inutiles pour le médecin et qui ont le grand désavantage, non-seulement de lui faire perdre du tems, mais encore de l'éloigner de la vérité.

OPHTHALMOSCOPIE.

Inspection de l'Œil et de ses Annexes.

On a donné le nom d'*ophthalmoscopie* à cette partie de l'ophthalmologie qui traite de l'examen de l'œil malade. Pour la pratiquer avec fruit il est bon de suivre certaines règles, qui en assurent le résultat; nous allons les exposer brièvement.

Dans toute exploration symptomatique il est nécessaire de procéder avec ordre, afin de placer l'organe dans des conditions telles que lorsque l'examen est fini, l'on soit non-seulement à même de former son diagnostic, mais encore d'établir le pronostic et de prescrire le traitement.

A. — La première de toutes les conditions à remplir consiste à placer l'œil que l'on veut examiner dans un jour convenable. Dans le plus grand nombre des cas la lumière du jour suffit, mais dans quelques cas spéciaux il est nécessaire d'employer des miroirs réflecteurs, des

prismes et enfin des lentilles qui condensent la lumière sur un seul point. Il est bon de se servir d'une clarté modérée, et de placer le malade de manière à ce qu'il ne reçoive le jour que d'une seule fenêtre. S'il y en a plusieurs, il faut fermer les autres, car de la combinaison de ces jours différens il résulte des reflets qui non-seulement peuvent fatiguer le malade, mais encore produire des illusions optiques. La lumière doit être modérée et on ne doit la rendre vive et éclatante que pour des cas rares. Il faut même s'habituer à examiner les malades dans une certaine obscurité, car il est des cas où l'œil a une telle aversion de la lumière, qu'il est impossible de l'examiner ailleurs que dans une demi-obscurité.

B. — Lorsqu'on veut examiner les yeux, il faut se placer le dos contre la fenêtre et faire asseoir le malade devaot soi. Avant de procéder à l'examen local, il est bon de tenir le malade à une certaine distance, de l'observer quand il marche vers vous, en notant la manière dont il porte la tête, sa démarche et l'ensemble de tout son physique. Par cet examen, l'on peut déjà constater une foule de symptômes généraux, qui plus tard sont d'un grand intérêt, car ils peuvent jeter un grand jour sur les causes et le caractère de la maladie. Il faut aussi tenir compte de l'âge, puisqu'il est des maladies qui sont exclusivement le partage de l'âge mûr et de la vieillesse, tandis qu'il en est d'autres qui appartiennent uniquement à l'enfance.

C. — Si le malade présente des caractères généraux de pléthore ou d'amaigrissement, il faut lui demander si c'est un état habituel chez lui ou un phénomène passager. L'inspection du teint n'est pas d'un médiocre intérêt, car la coloration de la peau est un indice fort important pour l'appréciation des tempéramens, et même pour

la connaissance d'un certain nombre de maladies qui impriment à la peau un caractère particulier.

D. — Cet examen général terminé, l'on fait asseoir le malade devant soi ; on lui parle, et en même tems on examine la position des deux yeux, l'ensemble de leurs mouvemens, qui doivent être isochrones. On notera la forme de l'organe, la saillie du globe, la manière dont il est recouvert par les paupières, et le plus ou moins de facilité avec laquelle il se meut.

E. — Lorsque l'œil est très saillant, il faut chercher à reconnaître si cette exubérance est due à l'empleur du globe, à une tumeur qui le refoule, à un épanchement quelconque qui le porte en avant, enfin à un rétrécissement du diamètre de l'orbite, accasionné par l'épaississement de ses parois, ou par leur affaissement. Quand, par contre, l'œil est enfoncé, il faut s'enquérir si cet état est le résultat d'une diminution du globe de l'œil ou de la destruction du coussinet graisseux sur lequel il repose, si enfin la contraction simultanée de ses muscles ne le refoule point au fond de l'orbite.

F. Les mouvemens des paupières ou du globe oculaire sont susceptibles de diverses modifications pathologiques dont on déduit des signes plus ou moins importans. Le clignottement, c'est-à-dire les contractions et un relâchement alternatif et répété des paupières, coïncident souvent avec une hypernervie de la rétine qui lui rend pénible l'impression de la lumière. Il a également lieu lorsque les conjonctives palpébrales surtout sont irritées par une cause quelconque, telle que des inflammations, des corps étrangers, des cils déviés, etc. La contraction des muscles orbiculaires, d'où résulte l'occlusion plus ou moins complète de l'œil, peut dépendre tantôt d'une extrême sensibilité à supporter l'éclat de la lu-

mière, tantôt d'une conjonctivité intense qui rend douloureux le moindre frottement des paupières sur le globe oculaire, tantôt d'ophthalmies plus profondes, et d'autrefois enfin de quelque souffrance soit du muscle lui-même, soit des nerfs qui s'y ramifient. Les mouvemens des muscles de l'œil lui-même sont tout-à-fait dignes de fixer l'attention de l'explorateur ; on sait combien ils sont compliqués, et que les six muscles qui les produisent combinent ou isolent leur action de façons très variées pour porter le globe oculaire dans toutes les directions dont il est susceptible ; or, il est souvent très difficile de rapporter à tel muscle de l'œil ou à son antagoniste la déviation observée dans l'organe visuel qui cause le strabisme (Piorry).

G. — La manière dont les paupières s'ouvrent doit aussi être prise en considération ; il est des cas où le malade les ouvre avec peine, tandis qu'il les ferme avec rapidité ; quelquefois ses mouvemens sont plus lents d'un côté que de l'autre. La lumière exerce sur l'œil et sur les paupières une action qu'il faut étudier avec soin, car souvent elle vous conduit à des indications importantes pour le diagnostic de diverses affections de l'œil.

Si les paupières ne fonctionnent pas d'une manière convenable ou si elles ne sont pas dans leur place normale, on se demande quelles sont les causes de cette irrégularité locale. On cherche à reconnaître si cet état est dû à une cicatrice, paralysie, relâchement ou œdème. La paralysie se traduit par l'impossibilité absolue de faire jouer les muscles de l'œil. Dans le relâchement, ils ont un mouvement léger, mais insuffisant pour élever la paupière ; enfin, l'œdème de nature inflammatoire, emphysémateuse ou séreuse s'oppose mécaniquement à ce que la paupière se relève.

Les paupières peuvent être le siége de contusions, de blessures, de tumeurs, d'abcès, d'ulcérations et enfin de végétations, dont on examinera avec soin le caractère et l'origine.

H. — Des paupières, on passe aux cils, dont on doit noter la couleur, la longueur, l'ordre, la direction et l'origine ; une foule de maladies oculaires sont produites par la direction anormale d'un ou de plusieurs cils. Enfin, on se rend compte de la position du tarse, de son degré de tension ou de laxité.

I. — Tout ce que nous venons de dire jusqu'à présent a pu se faire sans que l'on ait touché l'œil. Mais au sens de la vision, il est nécessaire d'adjoindre le toucher qui, employé méthodiquement, constitue un auxiliaire important, auquel M. Piorry a donné le nom de *palpation*. Par celle-ci on apprécie l'état des tissus, on recherche les tumeurs, on élève ou abaisse les paupières pour les examiner à leur face interne. Par la palpation, l'on exerce des pressions variées soit sur l'œil et ses annexes pour étudier la sensibilité, la résistance et surtout l'état intérieur des tissus sous-jacens.

K. — L'on examine ensuite l'état de la muqueuse, sa coloration, la direction des vaisseaux qui la sillonnent, la manière dont elle se comporte avec le globe de l'œil et ses paupières, sa flaccidité, ou sa tonicité, la nature des produits qu'elle sécrète, car leur inspection peut donner de grandes indications sur la nature de la maladie, sa gravité et son origine.

L'inspection de la face interne des paupières conduit tout naturellement à examiner l'appareil lacrymal ; la première partie qui se présente à l'œil est la caroncule qui peut être le siége d'une inflammation, d'un engorgement, de concrétions, d'excroissances pileuses ou char-

nues, de squirres et de cancers: les points lacrymaux viennent immédiatement après. Constater s'ils existent, vérifier leur ouverture, sonder leur trajet au besoin; presser sur le sac lacrymal pour voir comment il se comporte sous l'action du doigt qui peut occasionner de la douleur, faire refluer par les points lacrymaux des larmes, un flux muqueux et souvent un pus véritable; chercher à reconnaître si le sac est enflammé, hypertrophié, endurci; s'assurer s'il ne s'y trouve aucun corps étranger tel que des concrétions muqueuses, pierreuses et polypeuses, ou bien s'il renferme une canule ou tout autre corps dilatant.

M. — Après l'examen des parties annexes de l'œil, la *sclérotique* doit fixer l'attention de l'ophthalmologiste. On examinera d'abord sa coloration; dans un grand nombre de cas elle en revêt une spéciale et pathognomonique. On verra si elle n'est point le siége de quelques petites tumeurs isolées ou en groupe, d'un blanc jaunâtre ou légèrement colorées en bleu. On cherchera enfin à reconnaître les vaisseaux sclérotidiens de ceux propres à la conjonctive; les premiers sont plus fins, plus droits, plus fixes; les derniers, au contraire, sont sinueux, très mobiles, plus gros, et d'une couleur bleuâtre.

N. — La *cornée* est le siége d'une foule d'altérations : elle mérite une attention toute spéciale; et, pour s'assurer avec soin de son état, il faut l'examiner en toute sorte de positions, en engageant le malade à regarder en haut, en bas, de côté, en dedans, afin que par cette manœuvre elle puisse se présenter sous divers biais et offrir ainsi à l'observation des surfaces qui auraient échappé en les examinant seulement de face. Pour que l'inspection de la cornée soit convenablement faite, il faut engager le malade à ouvrir les yeux, comme on dit

vulgairement, *tout grands*, et si en raison de la difficulté qu'il a de supporter la lumière, il ne peut pas suffisamment les ouvrir, il faut abriter l'œil soit avec la paume de la main, soit avec un écran ou un chapeau, afin de diminuer l'irritation de la lumière; cette condition est facilement obtenue des individus *raisonnables* et éclairés; mais chez les enfans il est fort difficile d'y arriver, à cause de la crainte qu'ils ont d'une opération; leurs yeux sont atteints de blépharospasme au point qu'ils les ferment opiniâtrément au lieu de les ouvrir. On doit chercher à vaincre cette hésitation par l'appât de la curiosité ou de la gourmandise en leur montrant des objets curieux ou friands.

La cornée peut être modifiée dans ses formes et dans sa transparence; elle peut être le siége d'érosions, d'ulcérations, d'abcès, de tumeurs, de varicosités et de corps étrangers qui y sont fixés.

O. — L'*iris* est une partie trop importante pour être négligée. C'est sous le rapport de sa coloration, de sa position, de ses mouvemens que l'on doit surtout l'examiner. Dans son centre est une ouverture qui joue un grand rôle dans la vision, et dont les formes, les mouvemens, la direction, peuvent donner des indications d'une précision extrême.

C'est à travers le trou pupillaire, que l'on examine les milieux transparens de l'œil; aussi devient-il souvent nécessaire d'augmenter l'ampleur de la pupille par l'usage interne ou externe de la belladone ou de la jusquiame.

P. — Il est des jeunes conscrits, qui au moyen de ces instillations simulent des amauroses avec mydriasis; mais malgré la cécité momentanée que produit la belladone ils y voient assez pour reculer devant l'instrument qu'on leur présente. Dans ces cas il faut faire isoler le

malade après lui avoir fait donner des habits nouveaux, pour qu'il ne lui soit pas possible de prendre des narcotiques ; en même temps on le privera de fumer, de priser, de chiquer parce que l'on introduit dans le tabac en feuille, en poudre ou en rôle des feuilles de belladone sous différentes formes. Il est convenable, aussitôt que le malade est mis en charte privée, de lui faire donner un lavement pour vider son rectum ; car j'ai vu un conscrit qui conservait dans ce lieu une petite bouteille contenant son extrait de belladone. L'effet narcotique sur l'iris se dissipe en peu de jours, et l'on peut accélérer le retour des pupilles à l'état normal, en exposant l'œil à la vapeur du café chaud ou de l'eau de cologne.

Les mêmes manœuvres frauduleuses, pour tromper l'expert, se pratiquent par la cornée. Il y a un homme indigne de porter le nom de médecin, et qui a gagné une fortune énorme, en produisant des taies artificielles sur les yeux des jeunes gens destinés au service militaire, qu'il guérissait ensuite et dont il faisait payer en outre le traitement. Voici comment il exerçait cette coupable industrie. Quelques mois avant le tirage au sort, il pratiquait sur la cornée de l'œil droit une cautérisation assez forte avec le nitrate d'argent, mais dans un point tel que cette ulcération factice ne portait aucun obstacle à la vision; par des applications irritantes, il entretenait la conjonctive un peu rouge, il recommandait au jeune homme de déclarer qu'il ne voyait plus; à ceux qui allaient à la chasse, il recommandait de tirer à gauche pour faire croire à l'impossibilité de tirer à droite. Deux ou trois jours avant l'époque où l'on produit les réclamations pour la réforme, il augmentait l'opacité en promenant sur la cornée un pinceau imbibé ou de nitrate d'argent ou de teinture concentrée de cantharides. Le

réclamant se trouvait donc pour le moment dans les cas prévus par les réglemens.

Pour reconnaître cette fraude il faut demander à examiner le malade à plusieurs jours de distance; plus l'on s'éloigne de l'époque où la cautérisation a été faite, plus il est facile de reconnaître qu'il existe une petite escarre à bords frangés, qui se rétracte, se soulève et qui accomplit en petit les périodes que l'on observe en grand pour les chûtes des escarres produites par l'application des escarotiques sur les tissus. Avec une loupe un peu forte l'on saisit très bien toutes les diverses modifications de cette régénération de tissu. Par le même artifice, le même individu provoquait des ophthalmies rebelles en touchant la conjonctive avec de la teinture de cantharides et en faisant tomber les cils avec de la chaux mêlée à de l'orpiment (Carron du Villards).

Q. — L'examen des *profondeurs de l'œil* est sans contredit le plus difficile de toutes les parties de l'organe, parce que composées d'humeurs de densité différente, il s'y produit quelquefois des illusions d'optique qui peuvent induire en erreur.

Afin de se rendre compte, autant que faire se peut, de la manière dont la lumière traverse les milieux réfringés, on engage le malade à regarder en différens sens, en haut, en bas et à côté. Quant aux enfans chez qui il n'est pas facile d'obtenir ces résultats d'après une simple indication, il faut leur montrer un morceau de sucre ou un corps brillant placé dans la direction où l'on désire qu'ils tournent les yeux. De cette manière, l'on découvre quelquefois dans l'intérieur de l'œil des reflets lumineux ou des opacités. Si l'on aperçoit quelque chose d'anormal dans l'intérieur de l'œil, il faut noter avec soin son étendue, sa direction, et sa profondeur présumée. Par

le même examen on se rend compte de l'état du pigment noir du fond de l'œil et de son degré d'abondance ou de rareté. Dans un grand nombre de cas, il faut écarter les paupières l'une de l'autre avec précaution et sans efforts. Ce n'est que dans les cas de résistance volontaire ou suite de blépharospasme qu'il faut chercher à vaincre l'action du muscle orbiculaire des paupières.

Les doigts doivent être excessivement propres et pas trop froids, sans cela leur application fait crisper la paupière et occasionne au malade un sentiment désagréable : l'extrême propreté que nous avons recommandée a le double effet de préserver le malade et le chirurgien lui-même d'une inoculation fâcheuse. Lorsqu'on désire ouvrir la paupière supérieure, on place la paume de la main en supination sur le front du malade, et avec la pulpe du pouce l'on élève graduellement et avec précaution la paupière. Pour pratiquer convenablement cette opération, il faut se servir de la main gauche pour l'œil gauche et *vice versa*. Pour la paupière inférieure, on place le doigt indicateur sur la peau de la joue dans la région zygomatique et de cette manière on la fixe en bas. Dans quelques circonstances, il est bon d'écarter les deux paupières à la fois, en faisant en même temps promener le globe en différens sens, ce qui permet ainsi d'apprécier l'état de la conjonctive.

R. — L'inspection des profondeurs de l'œil n'est guère possible s'il existe une opacité commençante ou complète du cristalin ou de ses capsules. Les lésions de cette partie de l'œil peuvent être confondues avec le glaucome, l'amaurose, etc.; c'est dans cet écueil que tombent très souvent ceux qui n'ont pas un grand exercice dans le diagnostic des affections oculaires. M. le professeur Sanson a proposé un nouveau moyen pour distinguer la cata-

racte commençante de quelques autres affections du globe oculaire; quoique fondé sur les lois de la physique, ce moyen n'est pas exempt de reproches; mais c'est un signe diagnostic de plus à ajouter à tous ceux que nous connaissions. Voici du reste la description du procédé de M. Sanson décrit dans le journal l'*Expérience* par MM. Bardinot et Pignet.

Si l'on place une bougie allumée au devant d'un œil à l'état normal, on aperçoit dans l'intérieur de l'œil trois petites images de la lumière : deux sont *droites* et suivent le sens du mouvement qu'on imprime à la bougie; la troisième est *renversée* et marche en sens inverse de cette bougie, monte quand on l'abaisse, descend, au contraire, quand on l'élève. Ces trois images sont situées en arrière les unes des autres dans l'ordre suivant :

La plus antérieure, qui est la plus apparente, est droite;

La plus profonde, qui est la plus pâle, est droite aussi;

La troisième, située entre les deux autres, est renversée.

Cette dernière qui est plus pâle que l'antérieure, mais plus vive que la postérieure, est la plus petite; elle offre cela de particulier, que dans les mouvemens de latéralité ou de circumduction qu'on imprime à la lumière elle s'écarte des deux autres pour se porter constamment du côté opposé à la lumière, tandis que les deux autres suivent un mouvement uniforme et sont toujours en regard de cette dernière. En d'autres termes, si la chandelle est placée au niveau de l'axe de la pupille, les trois images qui sont situées sur le même plan antéro-postérieur sont masquées les unes par les autres et on ne voit que la première. Mais si l'observateur conservant la même position porte la lumière vers l'angle externe de l'œil, il voit

aussitôt les deux images droites situées l'une derrière l'autre se porter vers ce côté de l'œil, et la renversée sortir d'entre les deux précédentes, et se diriger vers le côté interne. Si l'on promène circulairement la lumière, les deux images droites la suivent exactement en décrivant un cercle; elles sont situées toutes les deux en haut au moment où la lumière s'y trouve et en bas dès que cette dernière y a été portée. L'image renversée décrit aussi un cercle dans le même sens, mais elle est toujours près de l'une des extrémités d'un même diamètre de la pupille dont les deux images droites suivent l'autre extrémité.

Ces images sont très difficiles à apercevoir pour celui qui ne les a jamais vues; aussi croyons-nous devoir dire deux mots sur la manière de les découvrir. Le malade dont la pupille a été dilatée sera placé, autant que possible, dans l'obscurité, et l'observateur disposé devant lui de manière à ce que la vue plonge dans l'œil soumis à l'examen en suivant la direction de l'axe du globe oculaire. La lumière sera portée au côté externe de manière à ce que l'image droite antérieure, qui est très grande et très brillante, se trouve au niveau de la partie externe et supérieure de la pupile; on verra alors, pourvu qu'on observe attentivement le fond de l'œil, l'image renversée, qui est située à une ligne environ de la précédente, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du diamètre de la pupille dont l'image droite antérieure occupe une extrémité. Si on ne l'aperçoit pas ainsi, il suffirait de porter doucement la lumière de haut en bas et de bas en haut en regardant fixement dans le champ de la pupille, et on ne tarderait pas à la voir qui descend et qui remonte. Quant à la lumière droite postérieure, elle est assez difficile à trouver, elle est beaucoup plus pâle que la ren-

versée, mais elle est plus grande qu'elle. Elle semble située à deux tiers de ligne en arrière de la droite antérieure dont on dirait qu'elle est l'ombre. Si la lumière est *en dehors* on doit la chercher *en dedans* de la droite antérieure, et en dehors, au contraire, si la lumière est du côté de l'angle interne de l'œil.

Dès qu'on aura vu une fois ces trois lumières, on les retrouvera constamment et sans difficulté, pourvu qu'il n'existe aucun trouble dans l'appareil du cristallin.

Dans la cataracte, quel que soit le degré de développement de la maladie, ces images manquent.

Voici le résultat des recherches faites par MM. Bardinot et Pignet pour constater les faits énoncés par M. Sanson. En plaçant une lumière au devant de la surface convexe d'un verre de montre, on voit une image *droite* de la flamme. Si la lumière est placée au devant de la surface convexe de plusieurs verres de montre superposés, on verra autant d'images *droites* qu'il y aura de verres, et ces images seront d'autant plus rapprochées que les verres seront plus fins et plus près les uns des autres; elles seront, au contraire, d'autant plus éloignées, que les verres seront plus épais et que la distance qui les sépare sera plus grande.

Placée au devant de la concavité d'un verre de montre, la lumière produit une image qui est toujours *renversée*; superposez plusieurs verres, et vous aurez plusieurs images renversées. Si maintenant on adosse circonférence à circonférence deux verres de montre, de manière à former une lentille creuse, la lumière objectée rencontrera deux surfaces : l'une antérieure, qui est convexe, et une postérieure, qui est concave. D'après ce que l'on vient de dire, on doit avoir deux images, l'une droite et l'autre renversée : c'est effectivement ce qui a lieu. Mais

là se présente un phénomène important, l'image droite est produite par la surface convexe du verre qui est situé en avant, et l'image renversée est réflétée par la surface concave du verre placé en arrière, et cependant dans la lentille creuse l'image renversée est située sur un plan beaucoup plus antérieur que l'image droite. Ceci est conforme aux lois de la physique. Tout le monde sait en effet que les surfaces courbes qui réflètent une image la renvoient au foyer de leur courbe; on sait de plus que pour les surfaces convexes le foyer est *virtuel*, et par conséquent situé en arrière du miroir réflecteur, et que pour les surfaces concaves le foyer est *réel* et par conséquent en avant du miroir. De là il est facile de conclure pourquoi l'image droite est située en arrière de la renversée. Mais qu'on éloigne les deux verres l'un de l'autre, de manière à ce que le foyer réel de la surface concave soit plus en arrière que le foyer virtuel de la surface convexe, et alors l'image droite sera située en avant de l'image renversée. Les mêmes phénomènes se passent exactement de la même manière, quand on place une lumière devant une lentille pleine, et la position relative des deux images variera suivant que les deux surfaces de cette lentille seront plus ou moins bombées.

Si maintenant on place un verre de montre devant une lentille on aura trois images de la lumière, savoir : deux droites produites, l'une par le verre de montre, l'autre par la surface antérieure de la lentille et une renversée produite, comme on sait, par la face postérieure de la lentille...La position de ces trois lumières variera suivant que le verre de montre sera plus ou moins rapproché de la lentille. La renversée sera toujours (sur une lentillle ordinaire) en avant de la droite produite par cette même lentille; mais l'image renversée pourra se

trouver au niveau ou avant même de celle qui est produite par le verre de montre, si ce dernier est trop rapproché de la lentille.

La cornée est l'appareil du cristallin suffisent pour la production de ces trois images.

La droite antérieure est produite par la cornée, la renversée est réfléchie par le segment postérieur de la capsule et la droite postérieure par son segment antérieur.

Si l'humeur aqueuse vient à disparaître de manière à rapprocher la cornée du cristallin, l'image renversée, qui dans l'état normal est la moyenne, pourra se trouver la plus antérieure.

Si ces trois images viennent à manquer, c'est que la cornée transparente sera assez opaque pour empêcher les rayons lumineux d'arriver à l'appareil du cristallin.

Si deux images manquent, ce ne pourra être que les deux profondes; car il est impossible que l'une d'elles se produise sans qu'on aperçoive celle qui serait nécessairement produite par la cornée restée transparente.

Si une seule image manque, ce sera toujours la renversée: car si c'était l'une des droites, il en résulterait que le trouble qui déterminerait son absence empêcherait nécessairement la lumière d'arriver à la seule surface capable de produire l'image renversée.

Si enfin les trois images existent, c'est qu'il n'y pas de trouble dans l'appareil du cristallin ; et si cependant il y a un trouble dans la vision, il faut en chercher la cause plus profondément.

Ainsi en résumé, l'opacité de la cornée détruit les trois lumières.

L'opacité de la capsule antérieure fait disparaître les deux images postérieures.

Et l'opacité de la capsule postérieure empêche l'image renversée seule de se produire.

Si l'appareil du cristallin est enlevé, les deux images qu'il produisait manqueront, il ne restera plus que la droite antérieure; mais si le cristallin est enlevé et si le segment postérieur de la capsule intacte reste en place, on verra deux images, la droite antérieure et la renversée.

A l'article *cataracte et amaurose*, nous exposerons avec beaucoup plus de détails tous les phénomènes qui feront distinguer l'une de l'autre ces deux affections de l'œil.

S. —Reste enfin l'examen du *bord orbitaire* et de la *glande lacrymale.* Il ne peut être fait en général que par le toucher méthodique; pour être apprécié par la vue, la maladie devrait avoir déjà fait de très grands progrès. Par ce moyen l'on étudie l'état du rebord orbitaire, et ses connexions avec le globe; cet examen doit être minutieux, car souvent il existe sur le bord tranchant de l'orbite des fractures, des périostoses et des exostoses qui peuvent jeter le globe dans telle ou telle direction, et produire ainsi un strabisme accidentel.

DIVISION DES MALADIES OCULAIRES.

Dés l'instant que les maladies des yeux devinrent le sujet d'une étude spéciale et sévère, l'on s'occupa de les présenter sous un ordre nosologique, qui en facilitât la connaissance; mais cet ordre ne fut point uniformément adopté par les auteurs. Les uns créèrent un cadre nosologique où ils classèrent les maladies en différens groupes et en différentes familles. Le célèbre Boérhaave qui, le premier, se livra à l'enseignement public des maladies des yeux, les rangea selon l'ordre anatomique. L'on ne tarda pas à s'apercevoir cependant que cette division offrait de grandes difficultés, que Weller et Rosas n'ont pu éviter malgré leurs grandes connaissances. D'autres auteurs tels que Richter, Scarpa, Baratta ont présenté les maladies des yeux comme un agglomération de maladies sans ordre nosologique, ce qui dépare singulièrement leurs travaux et les rend bien moins profitables pour l'étude.

Ceux qui ont suivi l'ordre alphabétique à l'exemple d'Helling, de Wenzel, etc., sont tombés dans un écueil plus grand encore en ce qu'ils n'ont fait que de véritables dictionnaires, et qu'ils ont dépouillé l'ophthalmologie de sa forme scientifique et nosologique, ce qui, ainsi que l'a observé judicieusement S. A. Schmidt, a singulièrement entravé les progrès de cette partie de l'art.

L'ordre suivi par Beer est loin d'être exempt de reproches, car en commençant par traiter : 1° des ophthalmies ; 2° des maladies nées des ophthalmies ; 3° de l'amaurose, de la cataracte et des maladies qui leur ressemblent, enfin des maladies chroniques qui ne dérivent point des premières, il n'a pas évité le double inconvénient de décrire deux fois les mêmes maladies, car il en est qui commencent tantôt avec inflammation, tantôt sans inflammation. De cette manière, la classification du professeur Beer a perdu toute la simplicité qu'elle semblait avoir au premier abord.

La classification de Walther n'est pas plus satisfaisante, parce qu'elle comprend dans une première classe toutes les lésions mécaniques et chimiques qui peuvent donner lieu à l'ophthalmie ; dans la seconde, il a placé les différens genres d'ophthalmie ; dans la troisième enfin, sont rangées toutes les maladies qui dépendent de l'ophthalmie. Il suffit cependant d'avoir étudié un peu les maladies des yeux pour se convaincre de tout ce qu'il y a d'arbitraire dans cette division, et à combien de mécomptes elle expose. Il tombe en effet sous les sens qu'il est un grand nombre de maladies où l'inflammation et l'ophthalmie sont tout à fait étrangères.

Ami et disciple fervent d'Alibert, M. Guillié a proposé une classification à laquelle l'illustre nosologiste n'a pas peu contribué. Sous le nom de classification des lésions optiques, M. Guillié a admis dix genres, divisés eux-mêmes en espèces ; ces genres sont répartis comme suit : genre 1er inflammations ; 2e unions vicieuses ; 3e plaies ; 4e tumeurs ; 5e déplacemens ; 6e vices ; 7e altérations des tissus et des humeurs ; 8e lésions de la sensibilité ; 9e lésions des fonctions ; 10e lésions musculaires. Ces genres, munis de leurs espèces et de leurs divisions, offrent un

ensemble très flatteur au premier coup-d'œil, mais malheureusement ils se trouvent excessivement difficiles lorsqu'il faut les remplir convenablement.

Quelques écrivains plus modernes, tels que Carron du Villards, Velpeau, Stœber, etc., ont suivi l'ordre anatomique, ce qui les a exposé à des répétitions souvent involontaires mais indispensables.

M. Rognetta, sous le nom de *classification générale*, divise toute la pathologie oculaire en trois sections : 1° lésions de la totalité du globe de l'œil ; 2° lésions des élémens constituant le globe oculaire; 3° lésions des appendices de l'œil. La première maladie qu'il traite est la myopie ; cette maladie, cependant, est loin d'appartenir à une *lésion de la totalité du globe*, car ce n'est qu'un vice de fonction dépendant fort souvent d'une altération de forme du cristallin ou de la cornée, ou produite par une surabondance de l'humeur aqueuse.

Fabini admet deux classes de maladies oculaires, dont l'une comprend les *maladies dynamiques*, et l'autre les *maladies organiques*. Nous adoptons cette division à laquelle nous avons fait subir quelques utiles modifications. Du reste, nous ne considérons pas notre classification comme la meilleure, mais comme étant la moins vicieuse.

CLASSE PREMIÈRE.

MALADIES OCULAIRES DYNAMIQUES.

Sous le nom d'affections dynamiques de l'œil, nous comprenons tous les vices essentiels de cet organe ayant une action directe sur ses fonctions vitales. Toutes les affections dynamiques de l'œil sont produites par une surexcitation du système des vaisseaux de l'œil ou de celui de son appareil nerveux. C'est en raison de cette double origine qu'il est devenu nécessaire de sous-diviser les affections dynamiques en deux ordres; au premier appartiennent les affections du système sanguin qui constituent les *ophthalmies* proprement dites, dans le deuxième, l'on classera celles qui dérivent du système nerveux et qui forment les *ophthalmo-névroses*. Il faudrait certainement être dépourvu de toute connaissance physiologique pour ne pas savoir que ces deux ordres ont entre eux des connexions intimes basées non seulement sur leurs relations anatomiques, mais encore sur l'ensemble des fonctions qu'ils sont destinés à remplir. C'est pour cela que l'on doit sous entendre que la division dont nous venons de parler n'est applicable que lorsqu'un des deux systèmes est particulièrement affecté.

CHAPITRE PREMIER.

GÉNÉRALITÉS SUR LES OPHTHALMIES.

On désigne généralement sous le nom *d'ophthalmie* toute espèce d'inflammation d'une ou plusieurs des membranes qui forment le globe de l'œil.

L'ophthalmie n'a point un cours uniforme, elle présente au contraire dans sa marche et dans sa durée des périodes distinctes qu'il faut étudier avec soin, car à moins de tomber dans un aveugle empirisme, on doit traiter l'ophthalmie selon les divers symptômes qu'elle présente pendant sa durée. Comme dans la plupart des maladies dont l'inflammation est la base, il existe deux périodes bien tranchées, la première est celle où la maladie fait irruption, où les symptômes se présentent avec une intensité variée et revêtent diverses formes, c'est la période aiguë ou sthénique. Quand la maladie décroit soit par une résolution spontanée ou par un traitement convenable, elle prend un caractère d'adynamie soit de débilité bien prononcée que l'on peut aussi plus exactement nommer asthénie, puisque c'est l'état directement opposé à celui que nous sommes convenu de nommer sthénique. L'on comprend toute l'importance de cette division, car il en est de l'inflammation de l'œil comme de celle des autres organes pour lesquelles l'on commettrait une étrange erreur thérapeutique si l'on opposait à la période sthénique le traitement qui convient pour la forme adynamique et *vice versâ*.

Toute ophthalmie se manifeste par des symptômes plus ou moins apparens, plus ou moins graves et que l'on peut classer sous deux points de vue principaux ce sont les symptômes *physiques* et les *symptômes physiologiques*.

Comme les maladies de l'œil présentent des différences en raison de la nature de l'affection et de la structure particulière des parties affectées, les signes physiques et physiologiques des ophthalmies varient en raison des tissus affectés.

Tantôt les symptômes physiques sont les plus appa-

rens, tantôt ce sont les signes physiologiques qui prédominent; mais nous ferons remarquer avec Beer qu'il existe toujours quelques signes caractéristiques de l'inflammation.

§ 1. CARACTÈRES PHYSIQUES.—Les caractères physiques se présentent sous trois formes différentes qui peuvent exister simultanément où isolément. Ce sont 1° la *rougeur*, 2° la *tuméfaction* ou gonflement, 3° l'élévation de la température dans l'organe ou autrement dit la *chaleur*.

A. *Rougeur*. — La rougeur est un des phénomènes les plus constans de l'inflammation de l'œil; elle est loin cependant d'être identique dans tous les cas; elle varie par son degré d'intensité, ce qui l'a fait nommer *discrète*; lorsqu'elle n'occupait que quelques points isolés de l'organe, *confluente* lorqu'elle occupait plusieurs points, *générale* lorsque tout l'organe était envahi; ces différences dans l'état de la rougeur sont le résultat non seulement de différens développemens de la maladie, mais encore de la mollesse ou la résistance des tissus, qui en sont le siége. En effet, au commencement de la maladie la rougeur est très peu apparente; mais à mesure que la maladie augmente, l'on voit la coloration se prononcer.

La rougeur est produite par l'accumulation du sang dans les parties affectées, d'où résulte une interruption marquée dans les communications du système artériel avec le veineux. De cette manière s'expliquent ces embarras circulatoires locaux, qui font varier la coloration de l'œil depuis le *rose tendre* jusqu'au *rouge lie de vin*.

B. *Gonflement ou tuméfaction*. — Le gonflement n'est autre chose qu'une hypérémie vasculaire, résultat d'une accumulation du sang dans les vaisseaux, conformément à cet aphorisme depuis longtemps reçu dans la

science : « *ubi major irritatio, ibi major humorum affluxus.* »

De même que la rougeur, le gonflement varie de siége et d'intensité ; tantôt il est partiel, tantôt il est léger, d'autrefois enfin il est tellement considérable qu'il change la forme des parties qu'il envahit, de même qu'il en altère les rapports.

C. — *Chaleur.* — La chaleur est produite par les mêmes causes qui occasionnent le gonflement ; elle est presque toujours en raison du surcroit de vitalité de l'organe résultant de l'accumulation des liquides dans les vaisseaux capillaires. La chaleur s'apprécie non seulement par les sensations du malade, mais encore par le moyen d'une boule de thermomètre, ou tout simplement par l'application de la main.

§ II. — Caractères physiologiques. — Les trois symptômes principaux que nous venons d'énumérer produisent à leur tour des phénomènes dans les fonctions de l'organe qu'ils ont envahi ; ainsi les sécrétions de l'appareil oculaire après avoir été momentanément suspendues pendant le *raptus inflammatorius*, deviennent plus abondantes ; la glande lacrymale sécrète des larmes qui sont altérées sous le rapport de leur quantité et de leur qualité. La sécrétion muqueuse est aussi pervertie dans sa nature et son intensité ; dans d'autres circonstances, ces diverses excrétions sont complétement suspendues, et leur réapparition coïncide avec la diminution des symptômes inflammatoires.

L'on comprend, comment sous l'influence de semblables symptômes, les fonctions de l'œil commencent à s'altérer. En effet la production de la douleur, l'exaltation de la sensibilité peuvent modifier les facultés visuelles, les diminuer ou les suspendre complétement. La douleur est

non seulement le résultat de l'afflux des liquides, de la compression des organes nerveux, mais encore de la gène qu'éprouvent les parties enflammées pour accomplir leurs mouvemens. La douleur est cependant bien loin d'être toujours en rapport avec les autres signes appréciables à la vue ; il est des ophthalmies internes qui sont très douloureuses et qui cependant sont presque exemptes de gonflement externe et de rougeur ; car il ne faut point se le dissimuler, les gonflemens internes échappent à la vue et ne sont appréciés que par induction. On observe en même temps dans l'œil une exaltation de sensibilité dans les fonctions, telle que la lumière, qui, élément vivificateur de l'œil sain, lui devient parfois insupportable. Cette aversion de l'organe malade pour la lumière rend l'homme semblable aux animaux nocturnes; il la fuit parce qu'il ne peut plus la supporter : cet état constitue la *photophobie.*

L'aversion de la lumière est quelquefois si grande que le plus petit rayon lumineux porté sur l'œil arrache un cri au malade et lui fait éprouver une sensation analogue à celle de la pénétration d'un corps vulnérant dans l'œil. C'est toujours la photophobie qui détermine dans les muscles de l'œil et surtout dans les paupières ces mouvemens convulsifs musculaires qui se traduisent par la rotation du globe et le *blepharospasme* ou mouvement spasmodique des paupières. Tous ces mouvemens n'ont d'autre but que de préserver l'œil de l'action des rayons lumineux.

La douleur dans les ophthalmies peut être *partielle*, *générale*, *continue*, *intermittente*, avec des types réguliers ou irréguliers.

La vision, comme nous l'avons dit, est presque toujours modifiée, interrompue ou complètement suspendue

sous l'influence d'une ophthalmie. Cette altération dans les fonctions visuelles est due tantôt à l'exaltation des fonctions de l'œil, tantôt à l'affaiblissement consécutif, à l'inflammation, tantôt enfin parce que les humeurs et les membranes qui constituent les milieux refringens de l'œil ont perdu leur transparence, enfin parce que les ouvertures normales qui donnent passage aux rayons lumineux, ont été altérées dans leurs formes, leurs rapports et leurs fonctions. Voilà pourquoi l'altération dans les fonctions visuelles peut être passagère ou permanente, curable ou incurable en raison des causes qui la produisent.

§ III. PHÉNOMÈNES DE RÉACTIONS.—Rarement les phénomènes d'ophthalmie se bornent à l'œil seulement. Si nous avons tant insisté sur les sympathies de l'œil avec les autres organes, c'est afin de faire sentir la rapidité avec laquelle les phénomènes morbides de l'œil pouvaient réagir sur les autres systèmes. C'est pour cette raison que la fièvre dite de *réaction* accompagne presque toujours l'ophthalmie dès l'instant qu'elle prend un certain degré de développement. Cette réaction n'est pas uniforme, elle est presque toujours en raison de la sensibilité de l'individu et de sa prédisposition aux affections inflammatoires. Elle est très souvent accompagnée de phénomènes gastriques et de dérangemens du canal intestinal, elle est d'autant plus active que l'inflammation est plus violente et qu'un plus grand nombre de tissus ont été envahis.

Tels sont en général les symptômes principaux qui accompagnent la première période de l'ophthalmie et qui la caractérisent : Il est facile de saisir leur ensemble; ces phénomènes peuvent exister isolément ou simultanément. Il n'est pas très aisé de fixer la durée de la période

sthénique ou aiguë, elle peut varier depuis un jour jusqu'à un mois ; sa terminaison peut être graduelle ou se présenter bénignement; elle peut être enfin si rapide qu'il soit impossible d'assigner une transition bien précise entre la sthénie et l'asthénie.

Que la période aiguë se termine par résolution ou par le traitement, il reste toujours un ensemble de symptômes intermédiaires de l'ophthalmie aiguë et de la guérison, c'est la période de faiblesse ou de chronicité. Il y a bientôt trente huit ans que l'illustre Scarpa disait que si puissant et favorable que fût le traitement d'une ophthalmie aiguë, la rèsolution n'était jamais assez complète pour qu'à l'état aigu ne succédât une période de débilité constituant le début de l'ophthalmie chronique dont le siége principal était dans la conjonctive, En effet les vaisseaux capillaires de l'œil après avoir été surexcités et distendus outre mesure par le sang ne pouvant pas revenir immédiatement sur eux-mêmes il leur faut un certain temps pour reprendre l'état normal. Les symptômes de la seconde période siégent donc dans les mêmes parties. La rougeur persiste mais elle est moindre qu'à l'état aigu. La température s'est abaissée dans la plupart des cas; la douleur se transforme en un état de malaise ou de gène; la fièvre de réaction a disparu, les phénomènes spasmodiques ont cessé, les sécrétions et les excrétions reprennent leur équilibre, et les fonctions visuelles, se rétablissent peu à peu, pourvu que les organes n'aient point subi une transformation importante.

§ IV. Causes. — Les causes de l'ophthalmie sont très nombreuses, elles comprennent tout ce qui peut produire un surcroit d'irritation dans l'organe, soit en agissant sur celui-ci, soit en déterminant dans l'économie des troubles fonctionnels qui réagissent sur l'œil. Au premier

ordre se rapportent l'action des agens chimiques et physiques sur l'œil, tels que l'introduction de substances irritantes ou caustiques, les coups portés sur l'organe, les corps étrangers introduits entre les paupières, une paillette métallique enchassée dans la cornée; les cils des paupières, quand ils sont renversées; les poils de la caroncule lacrymale, l'habitation constante dans des lieux qui réfléchissent une couleur blanche; l'exposition continuelle aux rayons du soleil; l'éclipse solaire; l'action de la fumée; la pousssière, les vapeurs acides, ou alcalines; la chaleur exhalée par un foyer ardent; les diverses opérations pratiquées sur le globe de l'œil et ses annexes; les vents frais qui abaissent la température du corps; les brûlures et les plaies pénétrantes; les émanations animales résultat de la putréfaction des corps; une lumière trop vive, enfin l'usage immodéré des instrumens destinés à grossir les objets d'une grande ténuité; la lecture prolongée à la lumière artificielle; la vue continuelle d'objets fortement éclairés; les brusques variations atmosphériques, enfin les différentes professions qui peuvent directement ou indirectement amener dans la vue des dommages plus ou moins graves, et que nous indiquerons en parlant de chaque ophthalmie en particulier.

Par ses relations intimes avec un grand nombre d'organes l'œil est destiné à se ressentir de leurs maladies, mais ce sont surtout les affections des organes encéphaliques, gastriques, et de l'appareil cutané, qui réagissent le plus vite, et le plus souvent sur l'œil; ainsi les maladies du cerveau depuis la simple congestion, jusqu'à l'inflammation jouent un grand rôle dans la production des ophthalmies; le dérangement du canal intestinal de nature saburrale ou vermineuse, les maladies profondes du tube intestinal produisent très souvent des affections

oculaires. Enfin la plus petite fièvre éruptive est presque toujours accompagnée de phénomènes morbides du côté de l'œil. C'est par ces relations d'organe à organe que les travaux prolongés, les chagrins, les peines, les veilles, produisent sur les organes de la vision des réactions souvent pleines de dangers, qui ne se dissipent que lorsque l'organe primitivement atteint a été guéri.

§ V. Diagnostic. — Il est difficile de confondre l'ophthalmie avec une autre maladie de l'œil surtout lorsqu'elle existe à l'état sthénique ; rarement à cette période manque un des trois signes principaux qui dénotent l'inflammation, et qui sont, comme nous l'avons dit, la rougeur, la douleur et la chaleur; dans le plus grand nombre des cas ces trois symptômes existent simultanément à un degré uniforme ou varié: il est plus rare encore de les voir exister à un certain degré d'intensité sans qu'il existe de la fièvre, phénomène réactionnaire, que l'on rencontre quelquefois même avec l'existence d'un seul des symptômes dont nous avons parlé plus haut. Si, à ce qui précède, nous ajoutons la connaissance des divers symptômes objectifs et subjectifs dont nous avons parlé, il sera impossible de confondre l'ophthalmie avec tout autre maladie. La seule erreur qui fût possible serait dans la localisation de l'ophthalmie; on l'évitera même en suivant avec soin les préceptes que nous avons donnés pour l'exploration de l'œil et de ses annexes et pour l'appréciation des symptômes de chaque ophthalmie que nous énumérerons avec un soin tout particulier.

§ VI. Pronostic. — Le pronostic de l'ophthalmie doit varier, selon sa forme, son intensité, l'âge et le tempérament de l'individu, l'influence qui exerce sur elle le traitement; enfin, selon la nature de sa terminaison. La maladie sera d'autant plus grave qu'elle aura attaqué un

individu dont le tempérament est entâché de maladies spécifiques quelconques ou qui aura été déjà plusieurs fois atteint d'ophthalmie. La résolution de l'ophthalmie pourra permettre un prognostic favorable; il le sera beaucoup moins si la maladie passe à l'induration, tandis que la suppuration n'offrira que des chances défavorables; enfin la gangrène sera toujours suivie d'une terminaison fatale, que l'on pourra apprécier dès l'instant de son apparition. Dans toute ophthalmie grave le prognostic sera réservé; car, d'un instant à l'autre, la maladie peut changer de forme et présenter une terminaison que l'on était loin d'attendre à son début.

§ VII. Traitement.—Toutes les fois que l'on veut entreprendre le traitement d'une ophthalmie, il ne faut jamais perdre de vue l'époque ou période à laquelle elle se trouve, car les médications imprudentes jouent un grand rôle dans la terminaison des ophthalmies, et tous les jours on voit malheureusement se réaliser cette opinion d'Hoffmann qui déclarait que les remèdes intempestifs et empiriques avaient plus compromis d'yeux que la maladie elle-même. Il faut aussi dans le traitement des ophthalmies ne point oublier les règles de l'hygiène, car leur application suffit souvent pour guérir des affections même assez graves de l'œil.

A. — *Moyens hygiéniques.* — Placer le malade dans un air modérément frais, car les appartemens chauffés congestionnent la tête; diminuer l'intensité de la lumière; observer une diète un peu sévère; se priver de boissons alcooliques et irritantes; insister sur l'usage de celles qui raffraichissent; enfin suspendre tout travail qui consisterait dans l'exercice d'une profession où l'œil est directement mis en jeu, ou bien exposé à une action délétère quelconque.

Il est un certain nombre de professions dans lesquelles l'œil est soumis à l'action de causes vulnérantes et que l'on pourrait éviter en employant des moyens de préservation convenables; nous les indiquerons en temps et lieu : il en est de même de celles où les causes délétères sont dues à des évaporations où à des exhalations nuisibles, dont on pourra neutraliser les effets en employant soit des procédés plus convenables, soit des substances propres à détruire l'action des gazs et le méphytisme.

La vie sédentaire chez les hommes sanguins et pléthoriques adonnés aux travaux de l'esprit prédispose aux ophthalmies, il sera donc convenable de recommander l'exercice à tous ceux qui sont atteints de cette prédisposition.

La constipation influant beaucoup sur la production des ophthalmies, on fera bien de la combattre par des moyens convenables.

B. — *Moyens thérapeuthiques.* — Pendant que l'inflammation de l'œil ne peut être considérée que comme une simple congestion, il faut se borner à combattre celle-ci par les moyens anti-congestifs les plus simples, tels que les bains de pieds sinapisés, les ventouses sèches aux cuisses, les frictions sur les extrémités inférieures, et enfin les applications d'eau froide sur le front et les yeux. Si ces moyens ne suffisent pas, on peut poser quelques sangsues au siége pour produire une déplétion en même temps qu'une dérivation. Si la maladie est plus qu'une congestion, le traitement doit être sans contredit plus énergique.

La médecine expectante est toujours fort nuisible aux maladies de l'œil, parce qu'elle leur permet de faire des progrès d'abord insensibles, mais qui augmentent quel-

quefois tout-à-coup, tandis qu'une saignée faite en temps utile eût arrêté complétement l'affection morbide.

I. — *Evacuations sanguines*. — Les évacuations sanguines sont très avantageuses dans la première période des ophthalmies; elles doivent être tantôt générales, tantôt locales; comme dans la plupart des autres maladies, on débute par les saignées générales, et l'on ne passe aux saignées locales que lorsque l'on a calmé, abattu la diathèse inflammatoire générale, en suivant les préceptes tracés par l'illustre Barthez.

Toutes les fois que nous le pouvons, nous pratiquons la saignée des pieds parce qu'elle a une action plus manifeste sur la tête; et comme l'œil ne reçoit que des vaisseaux de sixième et de huitième ordre, il faut que la saignée soit assez abondante pour que la perte de sang se transmette jusque dans les petits vaisseaux que nous venons d'indiquer; ce phénomène est d'autant plus apparent que l'on saigne dans un endroit plus éloigné de l'organe. L'expérience de Scarpa, de Demours, de M. Carron du Villards et la nôtre, a prouvé l'heureuse influence de la saignée de pieds surtout lorsqu'on la fait abondante : elle est presque toujours alors suivie d'une syncope pendant laquelle l'on voit la conjonctive pâlir très promptement. Dans une polémique toute récente, nous avons soutenu l'avantage de cette médication quelle que fût la classe de malades que l'on y soumit. Aujourd'hui nous ajouterons que la phlébite que l'on a opposée comme suite fâcheuse de la saignée de pieds est rare, même dans les pays chauds, où cette opération se pratique souvent.

Lorsqu'on a détruit, abattu la diathèse inflammatoire on peut alors recourir aux saignées locales. Elles consistent dans l'application des sangsues et des ventouses. Il

ne faut jamais placer les sangsues sur les paupières, car leur morsure occasionne des ecchymoses, des œdèmes et souvent des érysipèles. Ces différentes affections empêchent les paupières de s'ouvrir, ce qui produit quelquefois entre elles une accumulation de matières muqueuses dont le contact n'est pas très favorable à l'œil. En Angleterre et en Allemagne, l'on emploie beaucoup les ventouses scarifiées, leur effet est plus sûr et plus prompt. Il serait à désirer que l'usage en devînt plus général en France, et surtout que l'on se servît de la méthode anglaise pour leur application.

II. — *Mercuriaux.* — L'expérience de Werner et Beer a prouvé que l'usage interne et externe du mercure était d'une grande importance pour faire dissiper l'inflammation même dans les tissus les plus profonds de l'œil. Pour arriver à ce résultat, l'on appliquera largement sur le front et les tempes de l'onguent mercuriel double, dont une partie sera employée en frictions et l'autre partie abandonnée en embrocations jusqu'au lendemain.

Le calomel se donne en doses réfractées en l'unissant à l'opium afin de combattre le ptyalisme. Nous pensons que rarement l'on doit pousser la mercurialisation jusqu'à la salivation, celle-ci a toujours de grands inconvéniens locaux et elle est presque toujours suivie d'une fièvre réactionnaire qui influe sur l'ophthalmie.

III. — *Purgatifs.* — Les purgatifs sont très convenables lorsqu'ils succèdent aux évacuations sanguines. Toutes les fois que le canal intestinal est sain, l'on peut insister sur leur usage : les eaux minérales naturelles purgatives seront fort recommandées dans les ophthalmies, parce qu'on peut prolonger leur usage sans détériorer la

constitution du malade. Les drastiques ne sont employés que dans quelques cas spéciaux.

Pendant tout le temps qu'il existe des symptômes inflammatoires l'on doit tenir le malade à une diète rigoureuse, et lorsque l'inflammation a cessé, il faut recommencer l'alimentation avec des précautions aussi grandes que s'il s'agissait de toute autre maladie grave.

IV. — *Collyres.* — Dans la plupart des ophthalmies graves et dans leur début, l'usage des lotions et des collyres offre peu d'avantage; mais l'on peut avec une éponge très fine débarrasser le bord des paupières des mucosités et autres sécrétions qui les surchargent. Quant aux ophthalmies d'une gravité moins intense, le praticien judicieux marchera entre deux écueils qu'a fait surgir, dans la pratique, l'exagération de certains hommes qui veulent l'emploi immédiat des astringens et des détersifs, et celle de quelques autres qui les condamnent irrévocablement. En parlant des ophthalmies en particulier, nous indiquerons la marche à suivre pour éviter les effets de ces doctrines exclusives en nous fondant non seulement sur notre propre expérience, mais encore sur celle des hommes qui aujourd'hui occupent le premier rang dans la chirurgie moderne.

V. — *Pommades.* — Ce que nous venons de dire se rattache aussi à l'administration des pommades; chaque pays a des familles, des communautés, des bonnes femmes dépositaires de pommades *merveilleuses qui guérissent tous les maux d'yeux*, aussi les applique-t-on, sans réserve, sans connaissance de cause, et chaque jour nous voyons les maux d'yeux les plus simples s'aggraver sous l'action des remèdes empiriques que l'on a administrés.

Que l'on ne croie pas que nous fassions ici le procès

aux pommades, bien loin de là, quelques unes sont très efficaces et font merveilles lorsqu'on les administre convenablement et surtout en temps utile.

VI.—*Vésicatoires.* —Lorsque les évacuations sanguines et les autres moyens n'ont point arrêté la maladie, mais bien modifié sa marche, l'on obtient de très grands avantages de la révulsion pratiquée sur la peau. On doit choisir de préférence les vésicatoires, parceque leur action est plus prompte et moins douloureuse; malgré cela ils produisent quelquefois des phénomèmes de réaction générale qui se transmettent à l'œil. Nous croyons aussi que communément on les place trop près de l'organe malade, et nous avons vu bien souvent des ophthalmies déjà au déclin repasser à l'état aigu sous l'influence de l'application des vésicatoires aux tempes.

Examinons maintenant s'il est plus raisonnable de les placer à la nuque, la seule partie sur laquelle puissent s'appuyer quelques malades atteints d'ophthalmie grave, pour lesquels le décubitus est impossible; nous avons observé que les vésicatoires étaient mieux placés sur le bras et même sur la poitrine, là véritablement ils exercent une action révulsive. C'est surtout chez les enfans que l'application intempestive des vésicatoires est nuisible, nous avons souvent calmé et arrêté des ophthalmies chez les enfans, en supprimant le vésicatoire et en le couvrant d'un cérat opiacé; afin de nous convaincre que l'amélioration n'était pas due à l'action endermique de l'opium, nous avons employé du cérat simple et nous avons obtenu les mêmes résultats.

VII. —*Séton.* —Lorsque la maladie est très grave on peut employer le séton, moyen excessivement énergique, dont on fait en France un si étrange abus, au point que lorsque l'on sait qu'un malade doit consulter tel ou tel

praticien, on peut lui prédire d'avance qu'il lui ordonnera un séton. Cette médication est très douloureuse, et placée au cou elle occasionne les mêmes accidens que les vésicatoires. Pour les enfans, c'est un moyen détestable; car en les pansant, on provoque des cris, des efforts, des larmes, et jusqu'à présent je n'ai pas vu que celles-ci fussent bien avantageuses pour un œil enflammé; il est même quelquefois nécessaire d'employer la violence pour opérer le pansement, et immédiatement après, les yeux sont plus rouges et plus malades. Nous préférons pour les enfans l'application de légers escarotiques sur le cuir chevelu; on les panse avec facilité, ils ne gènent point pour la position dans le lit et ils rappellent quelquefois des exanthèmes de la tète dont la suppression a pu ètre, à elle seule, une cause de maladie; en parlant de celles qui affectent plus spécialement les enfans, nous reviendrons sur cette médication.

VIII. — *Modération de la lumière.*—Autant la lumière est favorable à un œil sain, autant elle est contraire à un œil enflammé; aussi devient-il presque toujours nécessaire d'en modérer l'action dans le plus grand nombre des cas. Lorsque la maladie est très grave il devient même indispensable d'amoindrir les effets lumineux dans toute la chambre qu'habite le malade; lorsque l'affection n'est que légère, on se borne à recommander l'usage des lunettes colorées et des gardes-vue.

CHAPITRE II.

DIVISION DES OPHTHALMIES.

Ainsi que nons l'avons dit dans les généralités sur les ophthalmies, nous admettons l'ordre établi par Fabini, et comme lui nous parlerons en premier lieu des maladies inflammatoires de l'œil, plus généralement connues sous le nom d'ophthalmies, mais qui en raison de la diversité des tissus de l'œil, prennent un nom particulier par la raison toute simple que quelques-uns de ces tissus peuvent tantôt être enflammés isolément, tantôt l'être concurremment avec une ou plusieurs autres parties de l'œil. Ici on est forcé de suivre une espèce d'ordre anatomique, c'est-à-dire de considérer les maladies en commençant par les couches les plus superficielles pour arriver aux plus profondes.

Sous le nom d'*ophthalmie phlegmoneuse* nous comprendrons l'inflammation franche, active de l'œil et de ses annexes, privée de toute cause spécifique, tendant à modifier la forme, le cours et les conséquences de la maladie. Après avoir étudié l'ophthalmie phlegmoneuse dans tout son ensemble et dans les divers tissus oculaires, nous examinerons les inflammations dites

spécifiques, ainsi que les caractères physiologiques et anatomiques qui peuvent les faire distinguer des autres.

OPHTHALMIES PHLEGMONEUSES ET LEURS VARIÉTÉS.

L'ophthalmie phlegmoneuse, comme le désigne son nom, est une inflammation intense d'une ou plusieurs parties constituantes de l'œil, avec elle existent tous les symptômes déjà énumérés dans les généralités des ophthalmies, mais ici la rougeur, le gonflement, la douleur, sont à un degré très prononcé, et rarement l'on peut compter sur la résolution sans l'emploi d'une méthode antiphlogistique très énergique.

L'ophthalmie phlegmoneuse est d'autant plus dangereuse qu'elle attaque les parties les plus délicates et les plus essentielles à la vision. En effet, les annexes de l'œil peuvent supporter une inflammation très intense sans faire subir des modifications funestes à la vision, tandis qu'une inflammation beaucoup moindre dans les tissus profonds ou vasculaires de l'œil suffit pour produire des lésions souvent incurables. Ce sont des considérations qu'il ne faut jamais perdre de vue, pour fonder sur elles une thérapeutique rationelle d'autant plus énergique que l'on aura à faire à des tissus plus délicats. C'est pour cette raison que nous examinerons les unes après les autres les inflammations des diverses parties qui constituent le globe de l'œil et ses annexes; ainsi nous traiterons successivement de la *blépharite*, de la *conjonctivite*, de la *dacryodénite*, de l'*orgeolet*, de l'*encanthis*, de la *sclérotite*, de la *kératite*, de l'*iritis*, de la *choroïdite*, de la *capsulite*, de la *hyalite*, de la *rétinite*, de l'*ophtalmite* ou phlegmon oculaire.

§ I. Blrépharite phlegmoneuse.

Synonymie. — *Inflammation des paupières.* — *Blépharophthalmie.* — *Blépharitis.*

A.—*Siége et symptômes.*—Cette inflammation est une des plus fréquentes que l'on rencontre; la cause de cette fréquence se trouve dans l'organisation éminemment vasculaire des paupières, dans la finesse de leurs tégumens et dans la laxité des tissus. Cette inflammation siége exclusivement sur les paupières sans dépasser la marge de l'orbite, où la peau devient plus ferme et plus adhérente au tissu subjacent. La maladie peut être partielle ou générale, monocle ou binocle, envahir une seule paupière ou bien toutes les quatre; elle débute presque toujours par un point quelconque de la paupière, par une rougeur ou une démangeaison assez vive, accompagnée de gonflement variable qui peut quelquefois arriver à une tuméfaction telle, que la paupière devient immobile; ces phénomènes de réaction générale sont assez prononcés pour donner une fièvre souvent intense.

B.—*Durée et terminaison.*—La blépharite est souvent d'une longue durée, sa persistance détermine presque toujours un épaississement de la conjonctive dû à la grande quantité de petits vaisseaux qui se développent et amènent à un état variqueux. Il n'est pas rare de voir les glandes de Meibomius entourées de toutes parts par un cercle inflammatoire, participer peu à peu à l'engorgement général, ce qui tend encore à rendre le bord libre plus volumineux. Comme cette maladie est peu douloureuse on la néglige, et lorsqu'on commence à s'en occuper elle s'est déjà fixée dans des tissus dont il est difficile de la faire sortir.

C. — *Pronostic.*— En général on se hâte trop de dire aux malades que cette affection est sans conséquence, ils la négligent et finissent par contracter des blépharites chroniques qu'il est excessivement difficile de guérir plus tard.

D.—*Causes.*—La blépharite phlegmoneuse est produite par toutes les causes qui irritent ou fatiguent les paupières, telles que le froid, le vent pulvérulent et les suppressions des hémorrhagies habituelles.

E. *Traitement.* — Au début de la maladie, on lui oppose avec succès les applications froides, les onctions mercurielles, les saignées locales et les purgatifs.

Les partisans de la doctrine de Rasori emploient, avec beaucoup de succès, les compresses imbibées d'une solution froide et concentrée de tartre stibié dans l'eau. (Un gros pour une pinte.)

Lorsque ces moyens sont infructueux, il se forme presque toujours un foyer de suppuration dont on favorisera le développement au moyen de quelques applications émollientes; une fois que le pus est formé on l'évacuera en l'ouvrant parallèlement à l'axe transversal des paupières et en incisant les tissus couche par couche, de crainte de blesser l'œil en traversant la paupière, ce qui est arrivé à plus d'un opérateur qui avait négligé cette précaution.

Vers la fin de la maladie on favorise la résolution par l'usage du collyre suivant :

Prenez :	Mercure doux. .	jv grains.	= 2 décigr.
	Gomme arabique.	1/2 gros.	= 2 gram.
	Eau distillée. .	jj onces.	= 64 gram.
	Mêlez.		

Si les engorgemens des paupières sont très opiniâtres, il faut passer rapidement sur elles un crayon de nitrate d'argent fondu.

F. — *Professions.* — Il est un certain nombre de personnes que leurs professions prédisposent aux blépharites, ce sont les plâtriers, les bombeurs de verres, les personnes qui entretiennent et qui chassent les abeilles, celles qui naviguent sur le bord des fleuves où règnent les moustiques et les maringouins; enfin tous ceux qui réduisent en poudre les substances irritantes, telles que les cantharides, l'euphorbe, le dolichos pluriens, le verdet, le sublimé corrosif, etc.

G. — *Moyens prophylactiques.* — Les individus qui sont exposés à l'influence des vapeurs délétères, gazeuses ou pulvérulentes, doivent souvent se laver les yeux avec de l'eau fraîche légèrement acidulée, afin d'empêcher l'action des gaz et des substances délétères; M. Gosse, de Genève, avait proposé un masque à l'éponge, imbibé d'eau acidulée et pourvu d'yeux en verre, pour qu'on pût travailler commodément. Les chasseurs d'abeilles doivent porter un casque en toile métallique au moyen duquel ils se mettent à l'abri de leurs atteintes; mais ces toiles ne sont point suffisantes pour se garantir des moustiques et des maringouins; les personnes qui voyagent sur les fleuves dans les pays méridionaux, se serviront avec avantage d'un masque en gaze légèrement gommée; cette précaution n'est point puérile, car les Européens et les femmes surtout, sont tellement piquées dans une seule nuit, que le lendemain elles sont en proie à une cécité complète, par l'impossibilité où elles se trouvent d'écarter l'une de l'autre les paupières tuméfiées.

§ II. — Conjonctivite phlegmoneuse.

Syn. — *Inflammation aiguë de la conjonctive.— Conjonctivite idiopathique.*

A.—*Siége et symptômes.*—On donne ce nom à l'inflammation de la conjonctive oculaire et palpébrale ; il est cependant fort rare que la maladie se borne à cette membrane ; ses relations vasculaires sont trop intimes avec la cornée et la sclérotique pour que celle-ci ne soit pas secondairement atteinte.

On distingue deux degrés dans cette affection ; le premier, qui est moins intense et que les anciens nommaient *taraxis*, se montre sous la forme d'une légère rougeur de la conjonctive dans un point quelconque de son étendue avec une légère photophobie, chaleur, larmoiment, mais jamais de fièvre. Le degré le plus élevé est le chemosis ou boursoufflement muqueux avec rougeur intense, tuméfaction de la conjonctive, développement des vaisseaux les plus ténus ; photophobie intense, larmoiment, douleurs poignantes de l'œil, augmentées par le mouvement des paupières ; dans d'autres cas, lorsque la maladie est à son plus haut degré, il y a suppression complète des larmes ou *xéroma ;* le tout accompagné de fièvre et d'insomnie.

B.—*Durée et terminaison.*— Dans le second degré de la conjonctivite, les fonctions visuelles se bornent à la perception de la lumière, et encore est-elle imparfaite. Le premier degré de la conjonctivite se termine presque spontanément sans laisser de traces ; le deuxième au contraire, se résout rarement, et se termine presque toujours par la suppuration, ou l'exsudation ; lorsque celles-ci

commencent, le malade est presque toujours atteint de frissons et d'horripilations. Plusieurs points de la conjonctive paraissent soulevés, et c'est là que se forment de petites collections purulentes; sur ce point, la conjonctive est d'un rouge vineux ; le malade y accuse des douleurs poignantes et pulsatives. Si la suppuration est rapprochée de la cornée, celle-ci devient légèrement opaque dans un ou plusieurs points de sa circonférence. La persistance de cette opacité amène quelquefois des ulcérations partielles, résultat d'étranglement. Les symptômes inflammatoires et fébriles, diminuent presque toujours dès l'instant que la suppuration commence. Quelquefois la conjonctive est recouverte d'exsudations plastiques qui restent plusieurs jours avant de disparaître.

C. —*Pronostic.* — La conjonctivite au premier degré se résout très facilement, son pronostic ne peut être que favorable ; mais quand la maladie développée au second degré n'est point arrêtée par le traitement et passe en suppuration ou en exsudation, les choses prennent un caractère plus grave et cela arrive fort souvent, car non seulement la suppuration peut occasionner des ulcérations et des perforations sur le bord de la cornée, mais encore celle-ci peut rester couverte d'une pellicule qui lui fait perdre sa transparence et ses fonctions.

D.— *Causes.*— Les causes les plus fréquentes de la conjonctivite sont l'introduction des corps étrangers entre les paupières; parmi ceux-ci il faut placer en première ligne, les corps pulvérulens portés par le vent; les petits coléoptères qui voltigent à la tombée de la nuit ; les parcelles qui s'échappent de différens corps réduits en poussière et qui agissent mécaniquement, ou chimiquement, l'exposition au vent frais, les blessures de la conjonctive, accidentelles, ou le résultat d'une opération, enfin la sup-

pression de la transpiration, et surtout celle des flux menstruels et hémorrhoïdaires.

E.— *Traitement*.—La plupart des conjonctivites bénignes soit du premier degré, guérissent par la diète, le repos, les purgatifs et quelques bains de pieds ; rarement est-il besoin d'employer un collyre astringent ; de légères lotions avec une infusion de thé noir suffisent. Dans un degré plus avancé, il faut recourir à un traitement plus énergique ; de nos jours, trois méthodes sont principalement en vogue ; la méthode *antiphlogistique pure*; la méthode *cautérisante* ou *éradicative*, et enfin la méthode dite *mixte*. La première est la plus généralement employée, elle consiste dans l'usage des saignées locales et générales, des ventouses, des bains de pieds et des purgatifs. Les chauds partisans de cette méthode proscrivent comme une hérésie l'application de tout topique astringent; ils emploient les lotions émollientes et les cataplasmes, sans tenir compte des mauvais effets que produisent toujours ces derniers.

L'emploi des caustiques, tels que les solutions de nitrate d'argent, et de deutochlorure de mercure, constituent la méthode éradicative ; les succès qu'en ont obtenus les Anglais et quelques médecins français parmi lesquels nous citerons MM. Velpeau, Gensoul, Serres d'Alaix et ceux que nous obtenons tous les jours sont plus que suffisans pour démontrer l'exagération des praticiens allemands sur les dangers de cette médication. On peut employer aussi le collyre suivant.

Prenez :

Eau de roses. . . . . jj onces. = 64 gram.
Pierre divine. . . . X grains. = 5 décigr.
Filtrez la dissolution.

On l'instille dans les yeux toutes les deux heures.

La méthode mixte est la combinaison des deux méthodes qui précèdent. On ajoute ordinairement à ces moyens la diminution de la lumière, une alimentation modérée, le repos, et fort souvent de légers diaphorétiques.

Professions. — La conjonctivite est très fréquente chez les moissonneurs, les batteurs en grange, les fabricans de plâtre, les cardeurs de laine, les batteurs de matelas et de tapis. Les militaires qui campent et qui montent la garde sur les glacis des citadelles élevées y sont très exposés.

Moyens prophylactiques. — Soustraire l'œil aux différentes influences capables de l'affecter ; faire sortir par des lotions d'eau fraiche, les corps étrangers engagés entre le globe de l'œil et les paupières ; diminuer le temps de faction dans les lieux exposés à l'air, surtout pour les recrues.

---

§ III. DACRYODÉNITE PHLEGMONEUSE.

SYN. — *Inflammation de la glande lacrymale.* — *Dacryodénitis.*

A. — *Siége et symptômes.* — Rien ne serait plus rare que l'inflammation phlegmoneuse de la glande lacrymale, si celle-ci n'était pas environnée d'un tissu cellulaire dont une partie s'engage dans la glande elle-même. Le premier symptôme de la maladie est une douleur hémicrânienne, partant de l'orbite, s'étendant au front, aux tempes et à l'occiput ; et s'il se manifestait peu à

peu de la rougeur dans la région de la glande lacrymale, on prendrait ces symptômes pour ceux d'une névralgie sus-orbitaire ; mais tous les doutes cessent lorsqu'on voit apparaître brusquement une tumeur d'un rouge intense, excessivement douloureuse, et qui comprime l'œil ; celui-ci n'est presque pas rouge, et cependant il a une grande aversion pour la lumière. La dacryodénite est presque toujours accompagnée d'une réaction fébrile très intense, et parfois de symptômes cérébraux fort alarmans.

B. — *Durée et terminaison.* — La dacryodénite se termine rarement par la résolution ; la suppuration, au contraire, est très commune : quant à l'induration, elle se produit assez fréquemment, et devient la source d'une foule de tumeurs et de dégénérescences. Il est important de bien diriger la suppuration, car c'est d'elle que dépendent les complications fâcheuses de la dacryodénite.

C.— *Pronostic.* — La dacryodénite n'a de gravité qu'en ce qu'elle amène des altérations de forme, de tissu, et par conséquent de fonctions.

D.— *Causes.*— Les causes de cette maladie sont en général toutes celles qui portent vivement le sang vers l'œil ; les veilles prolongées, le travail, les contusions, et surtout les inflammations du cerveau et des méninges, résultant des fièvres adynamiques et éruptives ; les sujets scrofuleux y sont plus sujets que les autres.

E.— *Traitement.*— La dacryodénite doit être vivement attaquée au début par un traitement antiphlogistique, consistant en saignées générales, répétées au besoin, selon la force du sujet. Après les saignées générales, on peut appliquer les sangsues à la tempe et aux narines. On fera encore usage de fomentations froides, ou de frictions avec l'onguent napolitain, employé à hautes do-

ses. Si ces moyens ne suffisent pas, il faut, dans la crainte de l'induration, hâter la suppuration par des applications émollientes et quelquefois légèrement excitantes. Aussitôt que la suppuration est manifeste, il faut évacuer le pus avant qu'il ait produit des décollemens ; l'ouverture doit être suffisamment grande et maintenue béante pour empêcher la formation des trajets fistuleux. La suppuration abandonnée à elle-même, entraine presque toujours après elle des cicatrices difformes et adhérentes, des fistules, et bien souvent encore la carie et l'exfoliation de la paroi supérieure de l'orbite. Nous nous en occuperons à l'article fistule lacrymale.

---

§ IV. ORGEOLET PHLEGMONEUX.

SYN.—*Compère Loriot.*—*Grain d'orge.*—*Orgueilleux* — *Crithe.*—*Blepharitis furunculosa.*

A.— *Siége et symptômes.* — L'orgeolet est une petite tumeur inflammatoire qui se manifeste sur le rebord des paupières, et qui a son siége dans le tissu cellulaire, et non point dans les glandes de Meibomius, comme l'ont cru quelques ophthalmologistes, et entre autres, Fabini. Ce n'est évidemment qu'un furoncle à forme exiguë, car il en présente tous les phénomènes, et en parcourt toutes les périodes.

Cette maladie débute presque toujours par un gonflement d'une partie quelconque de la marge de la paupière ; puis il se développe au centre de l'engorgement

un point très douloureux, entouré d'un cercle inflammatoire, qui se communique quelquefois à toute la paupière, de telle façon que les glandes et les follicules étant surexcités, les paupières sont collées le matin. A mesure que l'inflammation gagne le tissu, le centre de la tumeur se ramollit, se boursouffle, et donne passage à une matière épaisse, entrainant avec elle un fragment de tissu cellulaire mortifié, plus vulgairement connu sous le nom de *bourbillon*.

B. — *Durée et terminaison.* — Une fois la suppuration terminée, la petite plaie entre promptement en cicatrisation. Rarement l'orgeolet se termine par la résolution, mais souvent il s'endurcit, et devient ainsi la source de différentes espèces de tumeurs. (*Voir*, *tumeurs des paupières*.

C. — *Pronostic.* — L'orgeolet n'est point une maladie dangereuse; il n'a d'autre inconvénient que de faire beaucoup souffrir, et d'exposer à de fréquentes récidives.

D.— *Causes.*—Les causes sont les mêmes que celles du furoncle; ce sont l'embarras des premières voies, les légères contusions des paupières, leur malpropreté, et surtout le contact des matières animales en putréfaction. Les jeunes filles mal réglées y sont fort sujettes.

E.— *Traitement.*— On doit chercher à arrêter l'orgeolet à son début par l'usage des applications froides et résolutives. Lorsqu'elles sont infructueuses, il ne reste plus qu'à accélérer la suppuration par des cataplasmes émolliens, composés selon la formule suivante :

Prenez: Lait bouillant, un verre;
Safran de gatinais, une pincée;
Mie de pain, suffisante quantité pour faire un cataplasme.

Il est important de continuer ces moyens jusqu'au moment où la suppuration a entraîné complètement le bourbillon, car un seul fragment du tissu cellulaire mortifié suffirait pour amener une récidive.

F. *Professions.* — Les écarrisseurs, les boyaudiers, les fabricans de prussiate, de colle et de gélatine, sont très souvent affectés d'orgeolet.

G. *Moyens prophylactiques.*—Assainissement des endroits où l'on fabrique des substances animales en putréfaction, lavage des yeux avec de l'eau légèrement chlorurée, redoublement de précautions pour ne point porter à la figure les mains imprégnées de substances délétères.

---

§ V. ENCANTHIS PHLEGMONEUX.

Syn.—*Inflammation de la caroncule lacrymale et du rebord falciforme de la conjonctive.— Cantithis nasalis*, etc.

A.— *Siége et symptômes.* — Cette maladie se manifeste presque toujours dans le grand angle de l'œil. Dans la commissure des paupières, vulgairement connue sous le nom de *larmier*, elle débute par une démangeaison très vive de la caroncule ; le malade croit à l'existence d'un corps étranger dans cette partie, et les efforts qu'il fait pour s'en débarrasser, ne tendent qu'à augmenter le mal. A la démangeaison succède toujours une rougeur vive, qui s'étend jusqu'au rebord falciforme de la conjonctive, et qui envahit les paupières jusqu'aux points lacrymaux.

B. — *Durée et terminaison.* — La durée de l'encanthis n'est pas fort longue ; elle se termine presque toujours par la résolution ; quelquefois, cependant, la maladie passe en suppuration, celle-ci est de nature gluante et concrétible ; lorsque le malade se réveille le matin, une accumulation de matières quasi-cérumineuses occupe le larmier ; dans d'autres circonstances, il se forme un abcès même dans la caroncule ; celui-ci est souvent suivi d'une ulcération qui détruit la caroncule, ou bien qui lui imprime une forme végétante, rapidement luxuriante, et qui donne lieu à une petite tumeur qui, par le contact de l'air et le frottement des paupières, peut dégénérer en fongosité maligne, ce qui constitue l'encanthis *fungosa maligna.*

C. — *Causes.* — L'encanthis phlegmoneuse est produite par toutes les causes qui déterminent les blépharites ; elle se développe souvent sous l'influence d'un vent violent qui charrie des corps étrangers qui se fixent dans le rebord falciforme de la conjonctive ; le contact de certains petits coléoptères qui voltigent à la nuit tombante, produisent, ainsi que les *cousins* et les moustiques, des accidens inflammatoires au grand angle.

D.—*Pronostic.*—Le pronostic de cette maladie, dans le plus grand nombre des cas, est favorable ; ce n'est que lorsque de mauvaises suppurations, des ulcères s'emparent de la caroncule que l'enchanthis peut inspirer des craintes. Lorsque la caroncule a été complètement détruite, l'œil devient larmoyant, parce que les larmes coulent le long de la paupière, et ne se dirigent plus vers les points lacrymaux.

E. — *Traitement.* — De simples lotions émollientes suffisent pour guérir l'encanthis bénigne ; rarement on est obligé de recourir aux saignées générales ou locales.

Lorsque la maladie ne se résoud point, il faut favoriser la suppuration par des moyens convenables, et l'on hâte la cicatrisation des parties ulcérées en les touchant avec un pinceau imbibé de collyre de Lanfranc, préparé ainsi que suit :

Prenez :	Sulfure d'arsenic pulvérisé.	2 gros 8 gr.
	Sous-acétate de cuivre pulv.	1 gros 4 gr.
	Myrrhe et aloés en poudre de chaque.	48 grains–24 décig.

Triturez toutes ces substances dans :

Eau de roses. . . .	}	ana. 3 onces.
— plantin. . . .	}	— 90 gram.
Vin blanc, une livre. .		1/2 kil.

Agitez chaque fois.

L'application de ce collyre peut empêcher la consomption de la caroncule et le développement des fongosités.

F.— *Professions.*— Cette maladie est très fréquente chez les plâtriers, les bluteurs, les faucheurs, les batteurs en grange, les postillons, les tourneurs sur métaux, les sculpteurs et les tailleurs de cristaux.

G.— *Moyens prophylactiques.*— Ces moyens consistent à faire sur l'œil, chargé de matières pulvérulentes, des irrigations d'eau fraîche : ceux qui remuent des corsps pulvérulens, ou qui se livrent à des travaux où éclatent des corps durs, doivent porter des lunettes en verre, sans foyer, ou tout au moins des lunettes en gaze métallique, dont on fait un si fréquent usage en Angleterre. Lorsqu'un corps étranger a pénétré dans le rebord falciforme de la conjonctive, il faut l'enlever avec une barbe de plume ou un fragment de papier roulé en forme d'allumette.

§ VI. KÉRATITE PHLEGMONEUSE.

SYN. — *Cornéite.* — *Ophthalmie cornéenne.* — *Kératoïditis.* — *Cératite.*

A. — *Siége et symptômes.* — On donne le nom de *kératite* à l'inflammation de la cornée ; celle-ci n'est purement idiopathique qu'à la suite des solutions de continuité, des contusions et des brûlures ; presque toujours elle est consécutive à l'inflammation de la conjonctive, dont un feuillet très mince recouvre la cornée : toutes les fois que cette membrane est vivement enflammée, la capsule de l'humeur aqueuse, l'iris et le corps ciliaire, de même que la sclérotique, ne tardent pas à être atteints par le mal.

Lorsqu'une cause quelconque a enflammé la cornée, le malade éprouve un resserrement douloureux dans l'œil et dans l'orbite ; c'est surtout pendant la nuit que ce sentiment est plus prononcé. L'œil est en proie à une tension incommode, et chaque mouvement des paupières produit un abondant *epiphora* (écoulement de larmes). Lorsque la maladie est consécutive à une conjonctivite, c'est la face interne de la cornée qui commence à devenir opaque ; lorsque, au contraire, la maladie est sympathique de l'inflammation des organes internes, c'est la face concave de la cornée qui perd sa transparence.

La plus légère inflammation de la cornée, quelle que soit sa nature, produit la *photophobie* (aversion de la lumière), sans que la sclérotique soit aucunement atteinte,

et c'est à tort que M. Sichel prétend le contraire ; il est, du reste, pour cela en opposition avec la majorité des ophthalmologistes.

La conjonctive est rouge, parsemée de vaisseaux rayonnans, dont M. le professeur Velpeau a fort bien expliqué le mécanisme et la formation. Pendant que l'inflammation de la cornée n'est pas trop intense, l'iris ne change ni de forme ni de couleur; mais au fur et à mesure que l'inflammation augmente, la pupille commence à devenir immobile, et l'iris se décolore ; la vue, considérablement diminuée, se réduit à la simple perception de la lumière. Cette maladie est souvent accompagnée de réaction inflammatoire et de phénomènes gastriques.

B. — *Durée et terminaison.* — Que la kératite soit idiopathique, sympathique ou consécutive, sa durée est toujours fort longue, sa terminaison incertaine ; tantôt une inflammation violente produit à peine un nuage, tantôt une affection légère entraîne un obscurcissement profond ; souvent la cornée s'ulcère au moment où l'on y pense le moins ; d'autres fois, elle se mortifie, et tombe en gangrène sous l'influence de l'étranglement ; enfin, il se forme souvent à sa face postérieure des exudations qui troublent l'humeur aqueuse, et obstruent parfois la pupille.

C. — *Pronostic.* — Le pronostic de la kératite doit toujours être fort réservé. Lorsque la maladie est en récidive, qu'elle dure longtemps avec persistence de symptômes inflammatoires, le pronostic est grave; il en sera de même, si des causes traumatiques violentes ont amené des désordres dans la texture de la cornée.

D. — *Causes.* — Les causes de la kératite sont les contusions sur la cornée, les blessures, les incisions,

surtout celles que l'on pratique pour faire diverses opérations sur le globe de l'œil ; les refroidissemens subits, l'introduction de corps étrangers entre les paupières.

E. — *Traitement.*— La kératite nécessite un traitement antiphlogistique très actif, lors même que la maladie paraît peu grave ; ce sont presque toujours les demi-moyens et la méthode excitante qui compromettent la texture et les fonctions de la cornée ; tandis qu'une saignée de pieds, les ventouses scarifiées à la nuque, des sangsues appliquées à la jugulaire, suffisent presque toujours pour arrêter la maladie. Ce traitement sera d'autant plus heureux qu'on lui associera du nitrate de potasse à hautes doses, les purgatifs salins, le tartre stibié en lavage. Aussitôt après la saignée, on emploie les applications d'eau froide sur les paupières. Si ces moyens ne réussissent point, il faut recourir aux mercuriaux à hautes doses pour combattre l'exudation de la lymphe ; si la cornée est très tendue, et que l'on craigne sa rupture, on peut procéder à l'évacuation de l'humeur aqueuse. De toutes les maladies de l'œil, la kératite est celle qui supporte le plus mal les astringens au début ; on ne peut s'en servir avec avantage que lorsque l'état chronique se dessine ; alors on peut recourir aux dérivatifs, aux applications des sachets aromatiques et aux boissons diaphorétiques et toniques ; dans tous ces cas, d'après le conseil de M. le professeur d'Ammon, nous avons employé, avec beaucoup de succès, la décoction et le sirop de poligala sénéga.

F,— *Professions.* — Sont sujets à la kératite phlegmoneuse tous ceux qui travaillent des substances susceptibles de voler en éclat ; ce sont les coutelliers, les aiguiseurs, les fourbisseurs, les fabricans de burin, les aigriseurs de diamans, les tailleurs de pierres fines, les

meuniers (ceux qui piquent la meule), les fabricans de capsules, les tailleurs de cristaux, les polisseurs, les carriers, les forgerons, les serruriers, etc.

G.— *Corps étrangers dans l'œil.*—Toutes les fois qu'un individu, appartenant à une profession mécanique, a reçu un corps étranger dans l'œil, il est de la dernière importance qu'il se présente à un homme de l'art, qui en fasse promptement la recherche et l'extraction. L'expérience nous a conduit à donner ce précepte, car très souvent je suis appelé à extraire des corps étrangers qui ont déjà produit des accidens traumatiques, qui, sans contredit, n'eussent point paru, si l'extraction eût été faite en temps utile.

Les corps introduits sont quelquefois si tenus, qu'il faut une grande habitude pour les reconnaître, et une plus grande encore pour les extraire; les manœuvres imprudentes et inhabiles, influent plus malheureusement sur l'œil, que le corps étranger lui-même.

Lorsqu'on aura reconnu le corps étranger, il faudra l'extraire s'il est libre et flottant; il s'arrête très souvent dans un des plis de la conjonctive, et l'on peut presque toujours l'enlever avec un petit pinceau de poil de martre, ou une petite bande de papier roulée en forme d'allumette, ou avec la curette de Daviel.

Le corps étanger s'etant implanté dans la cornée il est plus difficile de l'extraire, parce que il est presque toujours retenu par les bavures qu'il a occasionnées à la plaie de la cornée; c'est pour cette raison que nous avons vu presque toujours échouer, pour les particules de fer provenant de la meule ou de la forge, le barrau émanté, recommandé par Fabrice d'Aquapendente, remis en vogue par les succès obtenus par madame Helvétius, et M. Portal de Palerme.

Ce moyen n'est applicable qu'au fer; or, comme dans les arts on emploie une foule de substances sur lesquelles l'aimant n'a aucune action, il vaut mieux recourir à une petite opération chirurgicale, sans douleur, mais qui ne demande qu'un peu d'habitude et de légèreté dans la main.

II.—*Extraction.*—Toutes les fois que l'on veut extraire une paille métallique enchassée sur la cornée, on fait asseoir le malade sur une chaise; d'une main on relève la paupière et de l'autre saisissant une petite aiguille à cataracte, plate et courbe, on présente sa pointe à l'extrémité supérieure du corps étranger, et en décrivant avec la main un petit mouvement de bascule, on porte le tranchant entre le corps étranger et la cornée, manœuvre au moyen de laquelle il sort immédiatement; si le corps est assez gros pour offrir une résistence suffisante, on peut l'extraire à l'aide de petites pincettes dentelées. Après l'extraction on couvre l'œil de compresses imbibées d'eau froide; on pratique au besoin une saignée au bras; on administre quelques purgatifs, et par ces moyens l'on soustrait les malades à l'influence des accidens traumatiques.

I. — *Moyens prophylactiques.* — Il serait à désirer que tous les individus adonnés aux professions qui exposent l'œil à être blessé si souvent, se servissent de lunettes à verres simples sans foyer, et mieux encore en tissus métalliques comme celles que l'on emploie en Angleterre; quand on est habitué à s'en servir on exécute avec elles les ouvrages les plus délicats.

§ VII. IRITIS PHLEGMONEUSE.

Syn. — *Inflammation de l'iris.* — *Iridite idiopathique.*

Historique. — Il y a tout au plus 30 ans que l'inflammation de l'iris a fixé l'attention des ophthalmologistes ; on la considérait alors comme une ophthalmie interne ; maintenant, grâce aux travaux de Schmidt, de Béer, Bénédict, et du concours ouvert par la société médico-pratique de Paris (1), l'histoire de l'iritis laisse bien peu de choses à désirer.

A. — *Siége et symptômes.* — Le siége principal de cette phlegmasie est dans l'iris, mais les parties environnantes sont toujours plus ou moins comprises dans le mouvement inflammatoire ; ainsi le corps ciliaire, la capsule de l'humeur aqueuse ; la face antérieure du cristalin, la sclérotique, la cornée et la conjonctive sont rarement exemptes de l'inflammation.

La maladie commence presque toujours par une douleur poignante ayant son siège dans les profondeurs de l'œil; cette douleur s'irradie non seulement aux tempes, mais encore au grand angle de l'œil et dans les mâchoires ; bientôt l'iris devient immobile, peu à peu la pupille se contracte, perd sa forme arrondie, et devient tellement petite dans quelques cas, qu'on a de la peine à

(1) Parmi les nombreux mémoires présentés à ce concours, la société a couronné ceux de MM. Caron du Villard, d'Ammon et Flarer.

la reconnaître; malgré cette coarctation énorme de la pupille, l'intollérance de la lumière est extrême et il est quelquefois fort difficile d'examiner l'œil même avec les plus grandes précautions; les couleurs de l'iris se modifient aussi; celui qui est gris ou bleu passe au vert, le brun devient roux; le bord pupillaire se renverse en dedans, la sclérotique environnante se couvre de myriades de petits vaisseaux et s'arrête brusquement à une certaine distance de la cornée qui forme le cercle blanc entre la circonférence extérieure de l'iris, et la circonférence intérieure de la cornée. La plupart des ophthalmologistes allemands, et M. Sichel, d'après eux, considèrent ce cercle comme une preuve d'une inflammation particulière de l'iris qu'ils supposent être de nature artrithique; les ophthalmologistes italiens et français, au contraire, considèrent ce résultat comme étant purement anatomique; voici comment s'exprime à ce sujet M. Sanson. « Examinons en effet les connexions vasculaires qui existent entre la circonférence de l'iris et la cornée; d'un autre côté il y a nécessairement une certaine distance entre le point auquel l'iris se joint à la cornée et aux autres membranes de l'œil et la circonférence de la cornée. La sclérotique est taillée en bizeau au dépend de la cornée, d'où il résulte que cette membrane est réellement plus large qu'elle ne le paraît; ce n'est qu'aux limites de la circonférence de la sclérotique que l'iris vient se joindre à la cornée. C'est cet intervalle compris entre la cornée et l'iris qui constitue le cercle blanc, effet purement anatomiques.

» Par conséquent, toutes les fois qu'il y aura injection de l'iris, on verra apparaître le *cercle arthritique*, et lorsque toute l'étendue de la cornée sera prise, le cercle, diminuant peu à peu à mesure que l'inflammation fait

des progrès, finira par disparaître tout à fait. » (1). Nous partageons, depuis longtemps (2), les opinions de M. Sanson, qui sont du reste corroborées par les observations de M. Velpeau. Mais revenons à nos symptômes. La rougeur de la sclérotique et de la conjonctive, augmente en raison de l'intensité de l'inflammation; l'iris se bombe et se porte en avant, la chambre antérieure se rétrécit, la vue s'abolit, et presque toujours il se forme dans un ou plusieurs points de l'iris de petits épanchemens sanguins. Lorsque la maladie est arrivée à ce degré, le malade est en proie à des douleurs violentes, à l'insomnie et bien souvent au délire; il éprouve dans l'œil des battemens lumineux toujours suivis d'un larmoiement d'autant plus incommode, que les larmes sont brûlantes et augmentent la douleur. Tel est l'ensemble des symptômes qui constituent le premier et le second degré de l'iritis.

B. — *Durée et terminaison.* — Lorsque l'iritis a acquis un certain degré de développement, il est difficile d'en obtenir la résolution complète et la maladie est toujours longue; il en est de même des iritis auxquelles on applique des traitemens inopportuns ou incomplets; cette maladie est sujette à de fréquentes recrudescences, au moment où on la croit le plus près de la guérison.

Comme nous l'avons dit plus haut, la résolution étant lente, l'inflammation est d'autant plus suivie de transformations organiques, que le tissu de l'iris est pourvu d'un système vasculaire très développé; aussi rien n'est-il

(1) La *France Médicale*, n° 22. Janvier, 1837, clinique de M. le professeur Sanson.

(2) Journal des *Connaissances Médicales pratiques*, tome IV, 1836-37.

plus fréquent que de voir une iritis, simple en apparence, suivie de la formation d'exudations lympathiques qui varient de forme et de grandeur, depuis la simple moisissure ou efflorescence, jusqu'à la pseudo-membrane. Ces exudations modifient presque toujours le champ de la pupille et en changent les formes. Il n'est pas rare de voir l'exudation se transformer en une véritable suppuration. Dans d'autres circonstances, la violence de l'inflammation occasionne des exhalations sanguines. Ces différentes productions anormales de la face antérieure ou postérieure de l'iris amènent presque toujours des changemens de position de l'iris, ce que l'on nomme *sinéchie antérieure ou postérieure* selon son siége.

L'occlusion accidentelle de la pupille occasionnée par la lypmhe ou par l'adhésion des bords pupillaires, se nomme *atrésie de la pupille.*

C. — *Pronostic.* — Le pronostic de l'iritis doit être, si non toujours grave, du moins très réservé ; ce précepte est justifié, par la marche insidieuse de la maladie, sa brusque apparition, sa force, sa durée, sa récidive et surtout les modifications organiques qui la suivent. Lorsque la maladie n'est pas très développée, qu'elle n'est pas sous l'influence d'une cause spécifique qu'elle cède au traitement bien dirigé, on peut espérer une guérison complète. Toutes les fois qu'il y a exubérance de sécrétion, il ne faut pas perdre de vue les modifications qui en sont le résultat, car elle doit varier la nature du pronostic.

D. — *Causes.* — Les causes de l'iritis phlegmoneuse sont le travail prolongé à la lumière, l'abus du microscope et du télescope ; les voyages sur la neige ; les contusions de la cornée ; l'opération de la cataracte, et de la pupille artificielle ; enfin, la transmission de l'inflamma-

tion de la conjonctive à la sclérotique et à la capsule de l'humeur aqueuse.

E. — *Traitement.* — S'il est une maladie dans laquelle il soit nécessaire de recourir à un traitement énergique c'est l'iritis. Pour que ce traitement ait une action réelle, il ne doit point être composé d'agens thérapeutiques administrés isolément; il est nécessaire au contraire, de les faire marcher de front, afin d'obtenir un résultat plus prompt et plus avantageux. En raison de ces préceptes, l'on emploiera des saignées aux pieds, aux bras, et à la jugulaire; ensuite, l'on recourra aux saignées locales, telles que les sangsues, les ventouses, et les scarifications dans les narines. A l'intérieur on prescrira les préparations dites rafraîchissantes, telles que le nitrate de potasse à hautes dôses, les poudres résorbantes, et le calomel employé dans quelques circonstances jusqu'à la salivation. Rarement les topiques humides sont convenables aux débuts; on les remplace par l'onguent napolitain mêlé à la belladone, et largement étalé sur le front et sur la face; lorsque la maladie affaiblit, les lotions avec l'eau distillée de laurier cerise, les sachets aromatiques sont bien indiqués; souvent l'application de linge sec et chaud, préalablement exposé à la vapeur, l'opium brûlant sur une plaque rougie est préférable à tout autre moyen.

L'extrait de belladone appliqué en frictions, ou introduit dans les narines est ici indiqué, afin de combattre les coarctations pupillaires si fréquentes en pareille occasion. On calme l'insomnie par des quarts de lavemens laudanisés, et mieux encore par l'introduction de suppositoirs opiacés dans le rectum. Si après avoir essayé le traitement antiphlogistique d'une manière très énergique, on n'a pas réussi à arrêter la marche de

la maladie, on arrive à ce résultat par l'application de rubéfians très actifs, parmi lesquels il faut placer en première ligne l'écorce de garou; M. d'Ammon a surtout recommandé ce moyen appliqué aux épaules, à la nuque et aux bras.

F. — *Professions.* — L'iritis est très fréquente chez les hommes qui font abus de leur vue; surtout en se servant d'une lumière très vive ou de puissances microscopiques très intenses; les dessinateurs à la *chambre lucide* y sont très exposés ainsi que les ingénieurs qui font des travaux de triangulation sur les terrains blancs qui réfléchissent vivement la lumière : les acteurs y sont ssez exposés, surtout lorsqu'ils se placent très près de la rampe.

G. — *Moyens prophylactiques.* — Ces moyens consistent dans l'éloignement de la lumière, dans la modération des travaux géométriques ou microscopiques ; on diminuera la lumière trop intense, ou bien l'on modifiera son action par des lunettes colorées, des abat-jours ou des voiles. Ceux qui travaillent au microscope, au niveau ou au graphomètre, feront bien de suspendre de temps en temps leurs travaux et de se servir tantôt d'un œil, tantôt de l'autre.

---

§ VIII. CHOROIDITE PHLEGMONEUSE.

SYN. — *Inflammation idiopathique de la choroïde.* — *Choroïtis.*

Historique. — Il y a peu d'années que la choroïdite a fixé l'attention des praticiens ; pendant long-

temps on l'avait confondue en même temps que l'iritis sous le nom d'ophthalmie interne. Les premiers travaux publiés sur cette maladie, datent de 1816, et ont été insérés par Charles Bock et Wagner dans les archives de Horn. Depuis cette époque Mackensie a fait un très beau travail sur cette maladie ; enfin, MM. Sichel et Carron du Villards ont publié, soit dans les journaux soit dans leurs traités, de fort importantes recherches sur cette affection.

A. — *Siége et symptômes.* — Douée d'un tissu éminemment vasculaire, et pour ainsi dire, uniquement composé de divers ordres de vaisseaux, la choroïde est très sujette aux congestions, aux stases sanguines et partant aux inflammations. La choroïdite se manifeste ordinairement par une douleur profonde de l'œil s'irradiant aux sourcils et aux tempes, et augmentant surtout pendant la nuit; le malade est tourmenté par des visions lumineuses ou rouges; la lumière le fatigue et provoque une abondante sécrétion de larmes; la sclérotique est très rouge, mais avec une teinte garance; la conjonctive au contraire l'est beaucoup moins et semble un peu édémateuse. Dès l'instant que la maladie est un peu avancée, la pupille devient immobile, et se déforme légèrement; le fond de l'œil prend une teinte cornéenne; la vue s'affaiblit, et presque toujours il se forme dans la chambre postérieure des pseudo-membranes. Cette maladie est presque toujours accompagnée de fièvres violentes avec exaspérations nocturnes.

Peut-on, comme l'a dit Scheireber, et long-temps après lui M. Sichel, reconnaître à l'état aigu si l'inflammation existe dans les vaisseaux artériels, ou dans les vaisseaux veineux ? non certes, cela n'est pas plus possible que de

dire lorsque le poumon est enflammé, si la phlogose existe dans les veines, les artères ou les cellules aériennes. Cela est une de ces rêveries germaniques dont le plus simple bon sens fait justice.

B. — *Durée et terminaison.* — La choroïdite est en général de longue durée, pendant long-temps l'œil reste exposé à des récidives; elle compromet souvent la vision par la nature des exudations qui se forment à la face interne de la choroïde; ces exudations modifient souvent la diaphanéité de la rétine du cristallin et de ses annexes.

C. — *Pronostic.* — Le pronostic de cette inflammation est toujours grave; tant à cause de la durée de la maladie, qu'à cause de son opiniâtreté; le pronostic sera d'autant plus sérieux que la maladie dépendra d'une cause traumatique accompagnée de déchirures ou de déplacement.

D. — *Causes.* — Les causes de la choroïdite sont en général les mêmes que celles de l'iritis; il faut y ajouter seulement pour les enfans les suppressions des exanthèmes du cuir chevelu, et le travail d'une dentition douloureuse.

E. — *Traitement.* — De même que l'iritis, la choroïdite réclame un traitement antiphlogistique très actif, il faut pratiquer des saignées de pieds jusqu'à défaillance; car, ainsi que l'ont fait observer quelques chirurgiens anglais, la défaillance agit plus sûrement pour désemplir les petits vaisseaux que la saignée elle-même. Afin de rendre cet effet plus prompt et plus complet, les chirurgiens anglais faisaient tenir le malade debout appuyé sur deux aides, pendant que le sang jaillissait de la saphène. On peut encore employer contre la choroïdite le tartre stibié à doses controstimulantes, et la di-

gitale pourprée à hautes doses, recommandée en pareille occasion, par les professeurs Rossi de Turin, et Mounoir de Genève. L'usage des mercuriaux est aussi indiqué, et comme antiphlogistique, et comme pouvant favoriser la liquéfaction du sang; ce qui les faisait considérer par Werner et Beer, comme des remèdes antiplastiques.

Chez les enfans, on emploie avec avantage les frictions de tartre stibié sur le cuir chevelu, les purgatifs avec la rhubarbe, si heureux dans les mains du professeur Scarpa; les vésicatoires ne conviennent que lorsque la maladie prend une marche décroissante. Pour calmer les douleurs, on peut employer avec succès les frictions sur les tempes et le front, avec l'hydrochlorate de morphine dissous dans le creux de la main avec un peu de salive.

F. — *Professions et moyens prophylactiques.* — Les professions qui exposent aux choroïdites étant les mêmes que celles sujettes à l'iritis, les moyens prophylactiques doivent être analogues.

---

§ IX. CAPSULITE PHLEGMONEUSE.

SYN. — *Inflammation idiopathique de la capsule du cristallin.* — *Capsulitis.* — *Phokohymenitis.* — *Fakodenite.* — *Fakite.* — *Perifakite.*

A. — *Siége et symptômes.* — La capsulite est l'inflammation de la capsule du cristallin; il est même bien

difficile d'admettre celle-ci isolée de toute altération de la lentille elle-même; comment, en effet, concevoir qu'un feuillet adhérent ou juxtaposé à ce corps puisse être le siége d'une inflammation aiguë, sans que la maladie se transmette à l'organe lui-même; en procédant par les analogies qui se présentent dans les autres tissus, l'on comprend toute la portée de nos doutes à ce sujet, nous citerons un seul exemple; l'inflammation du péritoine qui recouvre l'intestin existe-t-elle à l'état aigu sans que les autres tissus qui forment le tube intestinal en soient affectés? L'expérience de tous les jours prouve le contraire. Fabini lui-même, observateur aussi profond que consciencieux, avoue que les symptômes de la capsulite sont tellement légers, tellement fugitifs, que dans la plupart des cas ils passent inaperçus.

Les symptômes de cette maladie sont un sentiment de trouble dans la vision; l'atmosphère paraît enveloppé de nuages même les jours les plus serins (*visus nebulosus*). Les malades éprouvent en même temps un sentiment de pesanteur dans l'œil. En examinant cet organe, on aperçoit que l'iris bombe légèrement en avant, la pupille est contractée, mais elle paraît noire. Ce n'est qu'en se servant d'une forte loupe que l'on aperçoit derrière la capsule, des groupes de vaisseaux très bien décrits par Walther, et qui serpentent en tous sens.

B.— *Durée et terminaison.* — Il est difficile de fixer la durée de la capsulite, parce que très souvent son début passe inaperçu; elle se résout très difficilement, et se termine, le plus ordinairement, par des exudations et l'épaississement de la capsule du cristallin.

C. — *Pronostic.* — Cette maladie est beaucoup plus nuisible que dangereuse; sa gravité consiste dans la marche des symptômes, qui est presque toujours occulte;

c'est pour cette raison que malades et médecins n'y font attention que lorsque elle est déjà un peu avancée, et que l'on commence à reconnaître une opacité de la capsule. Pendant que la maladie est à sa première période et se borne à un état plutôt congestif qu'inflammatoire, la capsule peut reprendre sa transparence primitive; ce sont des cas de cette nature qu'avaient probablement à traiter ceux qui ont prétendu avoir guéri des cataractes sans opération.

D.— *Causes.*— Les causes les plus communes de la capsulite sont les congestions oculaires et cérébrales ; les causes traumatiques qui heurtent ou ébranlent le cristallin ; l'action intense de la lumière et les érysipèles de la face.

E.— *Traitement.*— Le traitement est le même que celui de la rétinite; c'est en insistant sur les purgatifs et les évacuations sanguines que l'on obtient la résorption des liquides épanchés. La révulsion sur le cuir chevelu a été aussi fort avantageuse; mais elle doit être employée avec modération, car elle prédispose à l'érysipèle de la face et aux inflammations du cerveau.

F.—*Professions et moyens hygiéniques.*—Les mêmes que pour la rétinite et la cataracte.

---

§ X. HYALITE PHLEGMONEUSE.

SYN.—*Inflammation du corps vitré et de sa membrane.* — *Hyaloïdite.* — *Hyalitis.*

A.—*Siége et symptômes.*—L'inflammation du corps vitré à l'état aigu n'est jamais isolée ; elle se rattache

presque toujours à l'inflammation des membranes voisines, avec lesquelles elle est en relations plus ou moins intimes ; pour cette raison, il est impossible d'admettre une inflammation violente de la choroïde sans que l'humeur vitrée participe plus ou moins de la condition phlogistique. Aussi, les auteurs qui ont écrit le plus rarement sur les maladies des yeux s'accordent-ils à déclarer n'avoir jamais rencontré, sur le vivant, aucun symptôme qui pût faire reconnaître une hyalite aiguë indépendante de toute autre affection ; car l'inflammation de toute l'humeur vitrée est plutôt connue par ses tristes terminaisons que par ses symptômes. Parmi ceux-ci, on remarque principalement une douleur continue ou intermittente, apparaissant sous forme d'élancement dans le fond de l'œil ; la pupille est plus dilatée que dans l'état normal, le fond de l'œil paraît comme nébuleux ; l'iris perd ses mouvemens lors même que l'œil est en proie à une grande photophobie ; la vue diminue considérablement, et l'œil éprouve une tension assez vive pour faire croire au malade qu'il va éclater. Lorsque la maladie dure depuis longtemps, la sclérotique se parsème de vaisseaux bleuâtres, légèrement variqueux ; plus tard, il se manifeste, dans l'intérieur de l'œil, une transformation des humeurs réfringentes révélant diverses colorations, dont nous nous occuperons en parlant du *glaucôme*.

B.— *Durée et terminaison.*— La durée de la hyalite est en général fort longue, eu égard à l'incertitude de son début ; elle se termine par résolution, rarement, il est vrai, mais bien plus souvent par exhalations de matières albumineuses qui amènent dans les cellules du corps vitré des épanchemens partiels ou généraux.

C. — *Pronostic.* — Le pronostic de la hyalite est toujours grave, parce que rarement elle se termine par

la résolution; la ténacité des membranes qui composent l'éponge hyaloïdienne est telle, que la plus légère inflammation peut y amener des changemens rapides, toujours défavorables à la vision.

D. — *Causes.* — L'insolation, la réverbération des terrains blancs, les travaux prolongés du cabinet, la répercussion des exanthèmes et l'usage immodéré des boissons alcooliques.

E.— *Traitement.* — Si, comme nous l'avons dit, le diagnostic de l'inflammation du corps vitré est obscur à son début, si sa marche est incertaine et insidieuse, l'on comprendra combien il est difficile de lui opposer dès le commencement un traitement convenable; cependant, si le malade est fort et vigoureux, sujet au rhumatisme articulaire et erratique, on peut employer, avec quelque avantage, les ventouses scarifiées à la nuque, les purgatifs salins, et surtout le calomel, à doses ptyaliques. Les praticiens allemands vantent outre mesure une préparation antimoniale,connue sous le nom d'*athrops*; mais rien jusqu'à présent n'a pu justifier à nos yeux l'engouement pour cette substance. Chez les personnes goutteuses, il faut chercher à rappeler les accès articulaires. Lorsqu'il existe dans l'humeur vitrée des changemens de coloration, on obtient quelquefois leur disparition par un usage continué de pilules contenant du sublimé; les frictions avec le protoïodure de mercure compléteront ce traitement.

F. — *Professions.* — En parlant du glaucôme, nous parlerons des professions dont l'exercice entraîne les maladies de l'éponge hyaloïdienne.

§ XI. RÉTINITE PHLEGMONEUSE.

Syn. — *Inflammation idiopathique de la rétine* — *Dictytis*, *Amphiblestroditis*.

A. — *Siége et symptômes.* — On appelle rétinite l'inflammation de la rétine; son siége est surtout dans l'épanouissement funiculaire des vaisseaux à leur surface externe. Il y a quelques années seulement que cette maladie a fixé l'attention des ophthalmologues, les phénomènes qui lui sont propres ayant été confondus avec ceux des inflammations dites internes de l'œil et l'amaurose aiguë. La rétinite ne se développe pas toujours de la même manière, tantôt sa marche est lente et insidieuse, tantôt brusque et instantanée. Dans les deux cas, il y a des symptômes qui sont analogues, ce sont les douleurs profondes de l'œil, l'érétisme oculaire, la photophobie, la vision des corps lumineux. Lorsque la maladie se développe lentement, ces symptômes ne se présentent que peu à peu, les uns à la suite des autres, tandis que si l'invasion est brusque, ils se manifestent presque simultanément et au même degré d'intensité; les douleurs du fond de l'œil sont tellement vives qu'elles arrachent des cris aux malades, qui ne peuvent alors fermer les paupières sans être inquiétés par la production de corps lumineux; dans un grand nombre de circonstances, tous les objets paraissent colorés en rouge ou en feu; le plus léger rayon lumineux occasione une photophobie intense, presque toujours suivie d'un larmoiement abondant et incommode; la glande lacrymale devient très douloureuse, et en même temps toutes les

ramifications des nerfs, qui s'épanouissent dans l'orbite et dans la région frontale et maxillaire ; le nerf de ce nom est aussi atteint quelquefois, ce qui cause une odontalgie presque générale. Sous l'influence de semblables lésions, la pupille est tellement contractée, qu'elle devient presque imperceptible ; la vision est rapidement perdue, et ne reparaît que lorsque la maladie a été arrêtée et suit sa période décroissante.

B.— *Durée et terminaison.* — La rétinite est en général de longue durée ; la cause en est dans l'ébranlement qu'elle occasionne dans les centres nerveux et dans l'irritation qu'elle amène dans l'organe lui-même. Que son début ait été prompt ou lent, la maladie est toujours longue à disparaître : tous les phénomènes inflammatoires sont quelquefois dissipés, que les fonctions physiologiques ne sont point encore rétablies ; il n'est que trop commun de les voir pour toujours suspendues.

C. — *Pronostic.* — La rétinite est toujours une maladie grave, parce qu'il est toujours difficile d'en calculer la durée et d'en arrêter le progrès. Ayant son siége dans un organe aussi important et aussi délicat que l'épanouissement du nerf optique, elle en altère facilement la structure, et en trouble les fonctions. Le plus grand nombre des amauroses sont le résultat d'une affection congestive ou inflammatoire de la rétine. Lorsque la maladie cesse rapidement, et qu'elle a été arrêtée ou modifiée par le traitement, on a l'espoir d'une guérison prompte et radicale.

D.— *Causes.*— Les tempéramens nerveux et pléthoriques prédisposent à l'inflammation de la rétine. Cette prédisposition est encore augmentée par les veilles, les travaux littéraires, la contemplation des astres avec des télescopes, les marches sur les terrains sablonneux ,

crayeux ou neigeux, qui ont l'inconvénient de réfracter vivement les rayons solaires ; les travaux au microscope, à la chambre lucide, à la loupe, produisent les mêmes résultats. Doit aussi être considéré comme cause de rétinite tout ce qui amène la congestion du cerveau et de l'œil ; nous placerons en première ligne la suppression des hémorrhoïdes, des menstrues, des sueurs habituelles et des suppurations chroniques, la répercussion des exanthèmes, l'abus des spiritueux, les excès vénériens, l'onanisme et les dérangemens intestinaux.

E. — *Traitement.* — Il est bien peu de rétinites qui ne nécessitent, dans leur début, un traitement antiphlogistique un peu actif ; c'est presque toujours pour avoir hésité dans l'usage de ce moyen, que cette maladie persiste, et finit par amener des modifications organiques. Pour obtenir une déplétion suffisante dans le réseau vasculaire qui tapisse la face externe de la membrane rétinienne, il faut que l'évacuation sanguine soit considérable, et poussée jusqu'à la défaillance, qui a même une action plus marquée que la perte de sang ; c'est d'après cette observation que les praticiens anglais font tenir debout le malade, et dans cette position, le saignent au pied, toutefois avec la précaution de l'appuyer sur deux aides ; nous employons souvent le même moyen avec succès. Lorsque la saignée ne suffit pas, on fait raser les tempes pour y poser des ventouses. Scarpa attribuait une grande efficacité à l'application des sangsues dans les narines. Les purgatifs salins, le tartre stibié en lavage, les poudres résorbantes de Frank, complètent le traitement. Pour calmer les symptômes nerveux, la photophobie, le blépharospasme et les névralgies fronto-maxillaires, on emploie la belladone unie à la jusquiame, en doses assez élevées pour produire un léger narcotisme.

Si le malade est en proie à l'insomnie, on peut employer l'opium en lavement; il n'est pas besoin de dire ici que l'on ne doit point perdre de vue le principe de thérapeutique générale, qui prescrit de rappeler les flux supprimés, les exanthèmes répercutés et les suppurations taries.

Les exutoires et les escharotiques à la peau, ne conviennent que sur la fin de la maladie.

F.—*Professions.*— L'affection congestive et inflammatoire de la rétine est fréquente chez les hommes de lettres, les compositeurs de musique, les peintres qui travaillent exposés aux rayons du soleil, les graveurs qui se servent de lumières artificielles et de condensateurs lumineux; enfin chez tous les hommes qui sont soumis à l'action d'une lumière très vive, accompagnée d'une chaleur très intense, par exemple, ceux qui dirigent les machines à vapeurs, les fours à porcelaine, les fourneaux à pots de lait, et les fours à réverbère; les voyageurs dans les régions équatoriales, à cause du reflet solaire et du mirage; enfin ceux qui parcourent les montagnes couvertes de neiges et les terres polaires.

G.—*Moyens hygiéniques.*— La plupart de ceux qui sont exposés, par leur profession, à l'influence d'une vive lumière, devront se garantir les yeux, non seulement par des abat-jour, mais encore par des lunettes légèrement coloriées gris-bleu. Lorsqu'il y a tout à la fois lumière et chaleur, il faut remplacer les verres des lunettes par des plaques en ébène ou en buffle, percées au centre d'une pinule verticale ayant moins d'une ligne.

Les Esquimaux et les Groënlandais portent, de temps immémorial, des lunettes confectionnées avec des vertèbres de cétacés, noircies en dedans, et percées d'une fente ou pinule horizontalement placée.

Toutes les fois que l'on se sert d'instrumens de grossissement, il faut éviter les séances de longue durée, et se servir tantôt d'un œil, tantôt de l'autre, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

§ XII. OPHTHALMITE PHLEGMONEUSE.

SYN. — *Inflammation idiopathique du globe de l'œil.* — *Phlegmon oculaire.* — *Ophthalmitis.* — *Panophthalmitis.*

A. — *Siége et symptômes.* — On a donné le nom d'ophthalmite à une maladie inflammatoire de l'œil, qui envahit non seulement la totalité du globe, mais encore les paupières, le coussinet graisseux qui supporte le bulbe et l'orbite elle-même. Cette maladie débute presque toujours par une douleur pongitive du bulbe de l'œil s'irradiant aux sourcils, à la tempe, et au fond de l'orbite; les souffrances sont déjà très grandes sans que la conjonctive ait beaucoup rougi; cependant il y a photophobie sans que la sclérotique ait changé de couleur. Puis, tout à coup, l'injection vasculaire des diverses enveloppes de l'œil se prononce, le bulbe se tend, les paupières se gonflent, les artères de l'orbite battent avec violence; alors la fièvre devient très intense, la chaleur se développe dans tout l'appareil oculaire; l'œil paraît s'échapper de sa cavité osseuse, le malade est en proie à des douleurs intolérables; très souvent il délire; d'autres fois il éprouve une somnolence qui souvent se termine par un épanchement ou par la mort. L'iris perd sa couleur naturelle, celui qui est noirâtre devient rouge, celui qui est bleu ou gris

devient vert. La vue considérablement affaiblie dès le début de la maladie, s'éteint presque entièrement.

B. — *Durée et terminaison.* — De même que toutes les inflammations phlegmoneuses, celle de l'œil se termine assez promptement; rarement cependant parvient-on à obtenir la résolution ; celle-ci ne s'opère que sous l'influence d'un traitement excessivement énergique. Presque toujours il se forme une suppuration plus ou moins abondante, trop souvent la violence de l'inflammation amène le sphacèle, suite inévitable de l'étranglement.

C. — *Pronostic.* — Presque toujours défavorable, surtout lorsque l'inflammation est produite par une cause mécanique, car en pareille circonstance, il ne reste aucun espoir de résolution ; les inflammations profondes de l'œil et de ses annexes sont d'autant plus dangereuses, que l'orbite est profondément envahie ; car dans ce cas l'inflammation se transmet fort souvent aux méninges, et de là au cerveau. Si au commencement de la maladie on parvient à borner l'inflammation, et surtout à empêcher l'étranglement, on peut espérer de voir la maladie se terminer d'une manière favorable.

D. — *Causes.* — Les rayons solaires dirigés sur le globe de l'œil au moyen d'un verre convexe ; les éclipses; les boissons spiritueuses ; l'hiver ; la constitution pléthorique ; l'opération de la cataracte ; la cautérisation de la cornée à l'aide du nitrate d'argent ; les brûlures; les blessures du globe ; la petite vérole confluente.

E. — *Traitement.* — La résolution du phlegmon étant rare, il est facile de concevoir tout le danger d'une médecine expectante, aussi n'hésitons nous point à déclarer que le phlegmon oculaire est de toutes les maladies de l'œil celle qui réclame la méthode antiphlo-

gistique la plus active ; ainsi les saignées générales ; l'application des sangsues derrière l'apophyse mastoïde et jamais aux tempes ; le tartre stibié à doses rasoriennes ; les embrocations mercurielles et le calomel à dose ptyaliques, sont les moyens que l'on doit employer énergiquement pour empêcher la suppuration et la gangrène, car une fois la suppuration formée, il est impossible d'en borner l'étendue, et souvent l'œil dénudé flotte au milieu d'un vaste détritus de tissu cellulaire corrompu. On peut employer dans le cours de la maladie un collyre calmant, composé ainsi que suit :

Prenez : Infusion de coquelicot } de chaque.
— de safran } 2 onces 64 gr.

Ajoutez à l'infusion :

Hydrochlorate de morphine 1 grain 5 cent.
Teinture de mirrhe 12 gtt. 6 déci.

Mêlez :

Instillez dans les yeux toutes les deux à trois heures quelques gouttes de ce collyre, et posez sur les paupières des compresses imbibées.

La suppuration étant formée, il faut évacuer les matières purulentes avec précaution ; inciser les tissus couche par couche et jamais par ponction ; injecter dans le foyer purulent du lait miellé et safrané ; conduire enfin, la suppuration d'une manière convenable, jusqu'à la cicatrisation de la plaie.

Quant à la gangrène, il est bien difficile d'en arrêter les ravages ; presque toujours elle entraîne des mutilations de la face et la perte de l'organe. On panse les escharres avec de l'eau chlorurée ; la poudre de charbon unie au quinquina, et on déterge les trajets fistuleux, ou les clapiers avec des injections d'eau légèrement saturée d'acide hydrochlorique fumant.

F.— *Professions.*— Les affections phlegmoneuses de l'œil se développent fréquemment chez les hommes qui emploient des matières animales en putréfaction. Les boyaudiers, les équarrisseurs, les fabricans de colle forte, les marchands d'asticots y sont fort sujets; les chaufourniers, les verriers et les fondeurs y sont aussi exposés, comme tous ceux qui exercent des professions dans lesquelles l'œil est soumis à une violente chaleur par réverbération; les soldats, après la marche dans les pays chauds, sont souvent atteints d'inflammations phlegmoneuses de l'œil. Dans quelques affections tiphoïdes des garnisons, l'inflammation phlegmoneuse de l'œil, de même que celles des parotides, est une terminaison assez fréquente.

G. — *Moyens prophylactiques.* — Les hommes qui emp'oient les matières animales en putréfaction doivent éviter de porter à leurs yeux leurs mains imprégnées de ces substances; il serait même à désirer, qu'ils préservassent avec soin leurs yeux de tout contact de ces substances, et qu'ils se fissent sur la face, des lotions d'eau froide chlorurée ou acidulée avec du jus de citron.

Les fondeurs anglais ont pour habitude de s'appliquer de temps en temps sur les yeux une éponge imbibée d'eau froide; c'est un exemple que devraient suivre tous ceux qui s'exposent à une chaleur très vive et continue.

On doit conseiller aux équarrisseurs, aux boyaudiers et aux fabricans de colle-forte, une nourriture végétale, l'usage des amers et des acides pour boisson, ainsi que l'emploi d'un eau savonneuse simple ou bien aiguisée avec du vinaigre pour se laver après leur travail les mains, la face et les yeux.

CHAPITRE III.

MALADIES RÉSULTANT DES INFLAMMATIONS DE L'APPAREIL LACRYMAL.

§ I. OBSTRUCTION DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

A. — *Siége et symptômes.* L'oblitération des points lacrymaux peut exister isolément sur un seul point, ou envahir deux, trois et même quatre de ces ouvertures aspirantes.

L'oblitération des points lacrymaux est toujours accompagnée d'un écoulement de larmes le long des paupières qui se termine toujours par une chute rapide de ce liquide plus connu sous le nom *d'épiphora lymphatique*. La stagnation des larmes sur la paupière entraîne presque toujours une légère aberration dans les symptômes visuels surtout lorsque le malade est au soleil, parce que la cornée se trouvant baignée dans les larmes, se relève couverte de petites gouttelettes, qui, en réfractant les rayons solaires sur l'œil, produisent une foule de petits rayons étoilés et érigés qui fatiguent la vue. Lorsque l'épiphora est abondant, l'écoulement des larmes au grand angle rougit et excorie la peau, surtout chez les femmes et les enfans.

B. — *Durée et terminaison.* Toutes les fois qu'on ne peut pas combattre la cause occasionnelle qui s'oppose au libre passage des larmes à travers les points lacrymaux,

il faut s'attendre à voir cette maladie durer fort longtemps.

C. — *Pronostic.* L'obstruction des points lacrymaux n'est jamais une maladie grave, elle ne compromet aucun organe, mais elle est fort incommode, et échappe souvent aux ressources de la thérapeuthique la plus rationnelle. Les malades sont alors en proie à un épiphora incurable et fatigant.

D. — *Causes.* Tantôt la maladie est produite par l'adhésion de leur bord, tantôt par la production d'une fausse membrane, d'autres fois, enfin, par l'hypertrophie de la conjonctive palpébrale qui les recouvre. Il n'est pas rare de rencontrer cette altération due à la présence de corps étrangers introduits dans leur orifice, ainsi que l'ont observé plusieurs fois Weller, Demours, Carron du Villards. Walther cite même la formation de petits calculs dans leur intérieur.

E.— *Traitement.*—Lorsque l'oblitération des points lacrymaux est le résultat d'une adhérence anormale ou de la formation d'une pseudo-membrane assez transparente pour permettre de reconnaître leur place; rien n'est plus facile que de désobstruer ces petits orifices au moyen d'un petit stylet pointu. Afin d'empêcher une nouvelle adhésion, il faut introduire dans la voie qu'on vient de rétablir un petit clou d'argent, un stylet de baleine ou mieux encore une soie de sanglier que l'on place à demeure.

On parvient souvent par des cautérisations successives à détruire la conjonctive qui recouvre les points lacrymaux. Dans tous les cas, il faut combattre la cause qui a produit l'hypertrophie de la muqueuse, parce que sa persistance entretiendrait probablement un nouveau boursoufflement et une nouvelle oblitération.

Oblitération des conduits lacrymaux. — L'oblitération des conduits lacrymaux produit exactement les mêmes symptômes que ceux des points lacrymaux. Elle reconnaît les mêmes causes, auxquelles il faut seulement ajouter la présence d'une tumeur qui comprime ces conduits. Les blessures et divisions partielles ou complètes du conduit sont des causes spéciales d'oblitération complète ou incomplète de leur trajet. Le traitement de l'oblitération des conduits lacrymaux est le même que celui des points de ce nom ; seulement, si leur solution de continuité est récente, il faut chercher à obtenir la réunion en plaçant dans le conduit une petite tige de plomb ou d'argent très flexible pour maintenir en rapport les deux surfaces de la plaie.

Professions et moyens prophylactiques. — Les mêmes que pour la fistule lacrymale.

---

§ II. FISTULE LACRYMALE.

SYN. — *Sténochorie.* — *Atrésie du canal nasal.* — *Obstruction du canal nasal.*

Il n'est pas rare, à la suite d'une inflammation du sac lacrymal et du canal nasal, de voir se former, dans ces parties, des engorgemens qui obstruent directement ou indirectement la perméabilité de ces différens conduits. On a donné à cette maladie le nom de *sténochorie du canal nasal*, plus ordinairement connue sous le nom de *fistule* ; mais cette dernière dénomination n'est convenable que lorsque les tégumens, qui recouvrent le canal et le sac nasal, sont atteints d'une ulcération fistuleuse communiquant avec la peau.

La sténochorie du canal peut être produite, 1° par le gonflement et l'épaississement, soit des membranes muqueuses du canal, soit du périoste ; 2° par une exostose ; 3° par une tumeur ; 4° par un corps étranger, une concrétion pierreuse ou un polype des fosses nasales.

A.— *Gonflement et épaississement des muqueuses.* —L'inflammation des muqueuses étant presque toujours suivie de gonflement ou d'hypérémie, l'on conçoit combien il est facile que ce gonflement obstrue le canal nasal ; il se passe ici le même travail que dans la production des rétrécissemens du canal de l'urètre, et si l'inflammation persiste, les parties ne reviennent que difficilement sur elles-mêmes, et le trajet est plus ou moins interrompu. Cela étant, les larmes s'accumulent dans le sac, se distendent, s'irritent ; celui-ci sécrète une mucosité, les parois s'épaississent, s'enflamment, et on aperçoit au grand angle de l'œil une tumeur, que l'on a nommée abusivement *tumeur lacrymale.* Lorsque le trajet n'est point complètement intercepté en pressant sur la tumeur de manière à empêcher le reflux des matières par les points lacrymaux, on force le liquide à passer par le canal dont il franchit le rétrécissement ; mais si le trajet est complètement intercepté, tout reflux est impossible.

B. — *Périostose et exostose.* — L'inflammation du périoste qui tapisse l'intérieur du canal nasal, peut aussi en rétrécir le diamètre, la persistance de la périostose peut dégénérer en exostose, et produire un mal beaucoup plus grave.

C. — *Tumeurs.* — Les tumeurs développées dans l'orbite, les narines, l'antre d'Hygmore, refoulent souvent au-devant d'elles les parois osseuses du sac nasal, et en détruisent le trajet.

D. — *Corps étrangers.* — Les corps mis en mouvement par la poudre à canon, la compression de l'air, de la vapeur, par les machines tournantes, peuvent briser le canal nasal, y rester à demeure, y pousser une esquille osseuse, un fragment d'étoffe, et interrompre ainsi le cours des larmes. Il se manifeste dans différens points de ce diamètre des concrétions pierreuses, tupheuses, qui acquièrent quelquefois une dureté considérable, et finissent par obstruer complètement le canal nasal.

Enfin, la naissance d'un polype dans les fosses nasales est souvent une cause de l'accumulation des larmes dans le canal, soit que le polype ait pris naissance immédiatement sur l'ouverture du canal, soit que venant de plus loin, il suive une direction telle qu'il fasse office de soupape, et obstrue ainsi complètement le conduit des larmes.

Les principales affections que nous venons de signaler ont toutes pour effet, comme nous l'avons dit, d'arrêter les larmes dans le sac nasal, et la distention de celui-ci donne lieu à la formation des tumeurs ; mais cet état ne dure pas longtemps, et selon l'irritabilité ou la susceptibilité de l'individu, il finit par déterminer des accidens inflammatoires, assez violens pour être accompagnés de suppuration, d'abcès, qui presque toujours viennent s'ouvrir à la peau, et produisent ainsi un trajet fistuleux anormal, qui constitue alors la vraie fistule du sac lacrymal. Ce trajet fistuleux peut avoir une ou plusieurs ouvertures ; il peut se fermer brusquement pour reparaître alors avec de nouveaux accidens inflammatoires, ou bien l'ouverture persiste, et alors elle prend la physionomie et la marche de tous les trajets fistuleux.

La persistance d'une suppuration dans le sac nasal

finit par le détruire, et par entraîner après elle la maladie des os avec lesquels il est en contact.

E. — *Durée et terminaison.* — On ne peut assurer une terminaison fixe à la fistule lacrymale, car l'on voit chaque jour des affections de ce genre qui offraient tous les symptômes de persistance et de durée, cesser rapidement, tandis que d'autres , bénignes en apparence, résistent très longtemps ; il y en a un grand nombre qui finissent par rester incurables.

F. — *Pronostic.* — La fistule lacrymale est une maladie désagréable, incommode, longue à guérir, mais peu dangereuse; elle n'acquiert un peu de gravité que lorsque les parties osseuses ont été dilacérées, déplacées ou envahies par des transformations pathologiques profondes.

G. — *Causes.* — Les obstructions du canal nasal reconnaissent en général pour causes les inflammations répétées de tout l'appareil lacrymal ; les coryzas violens, les rhumes prolongés, et surtout les réactions qui se manifestent sur les muqueuses à la suite des fièvres exanthématiques aiguës; les scrofules et la syphilis prédisposent singulièrement à cette maladie, que l'on rencontre plus souvent chez les enfans et les adultes que chez les personnes d'un âge mûr et les vieillards. Chez les femmes atteintes de disménorrhée, la fistule lacrymale est très fréquente.

H. — *Traitement.* — L'obstruction du canal nasal étant produite, comme nous l'avons dit, par une multiplicité de causes que nous avons embrassées dans quatre grandes catégories, il tombe clairement sous les sens que le traitement ne peut être unique, et doit varier suivant les causes présumées du mal et les divers degrés de son

intensité. Ainsi, toutes les fois que l'on attribuera la maladie à une inflammation de la muqueuse dont le gonflement entrave le cours des larmes à travers le canal nasal, il faudra, avant d'aller plus loin, chercher à ramener les tissus dans leur condition normale. La maladie sera plus ou moins vigoureusement attaquée selon qu'elle sera aiguë ou chronique, et qu'elle existera chez un sujet vigoureux ou chétif. Dans les deux cas, l'expérience a prouvé qu'un traitement antiphlogistique, convenablement dirigé, était le moyen le plus efficace.

On a recours aux saignées de bras, à l'application des sangsues derrière l'apophyse mastoïde, dans l'intérieur des narines : en même temps, on dirige des vapeurs émollientes matin et soir sur les deux extrémités du siphon lacrymal. Dans la journée, l'on fait sur le grand angle des frictions avec l'onguent napolitain belladoné. Il est bon d'assurer l'action de ce traitement par lés pédiluves aiguisés avec les acides minéraux, les purgatifs salins et les boissons sudorifiques. L'irrégularité ou la suppression des règles seront combattues par les emménagogues.

J. — *Collyres.* — Quand l'inflammation est notablement diminuée, on a recours à l'instillation de quelques collyres légèrement excitans ; nous employons avec beaucoup de succès le collyre préparé d'après la formule suivante :

Prenez :	Eau distillée	1 once. = 32 gr.
	Sulfate de zinc	aa 12 gr. = 60 centigr.
	— de fer	

Mèlez.

Lorsque les maladies des voies lacrymales sont liées à une dyscrasie scrofuleuse, Weller recommande l'usage

de *l'eau ophthalmique de Conradi*, dont nous allons donner la formule :

Prenez :	Perchlorure de mercure,	1 gr. =	5 centigr.
	Laudanum liquide de Sydenham.	3 gr. =	15 centigr.
	Eau de roses,	6 onc. =	192 gram.

Dissolvez et mêlez.

K. — *Cautérisations.* — Dans la plupart des phlegmasies chroniques de la muqueuse oculo-palpébrale, dans les granulations et dans toutes les causes organiques qui développent les tumeurs et la fistule lacrymale, on doit employer les cautérisations répétées de la muqueuse palpébrale, à l'aide du nitrate d'argent fondu ; nous considérons ce moyen comme héroïque, et nous ne saurions trop le recommander aux praticiens. Un jeune médecin, M. le docteur Bouchacourt, a publié tout récemment (1) un travail fort intéressant sur ce point de thérapeutique ophthalmologique.

L. — *Douches.* — Avant d'entreprendre toute opération pour dilater le canal et même pour l'ouvrir, il faut employer les douches émollientes sur l'angle interne de l'œil. Ces douches se pratiquent à l'aide d'une seringue à jet continu dont on dirige le jet simple ou multiple sur le grand angle de l'œil ; après quelques jours de ce traitement on rend le liquide de la douche un peu excitant, en y mêlant une certaine quantité d'eau sulfureuse d'Enghien ou de Barèges. On termine le traitement en employant des eaux minérales thermales.

M. — *Fumigations.* — Les fumigations convenablement administrées guérissent quelquefois en peu de

(1) *Bulletin général de Thérapeutique.* — Septembre, 1838.

temps les engorgemens des organes lacrymaux, souvent rebelles à d'autres médications. Le plus simple appareil suffit pour porter dans la narine correspondante au mal la vapeur de plantes émollientes en ébullition ; une théière remplie à moitié d'un liquide très chaud ; un pot recouvert avec un entonnoir suffisent pour conduire la fumigation dans la narine, et contre le grand angle de l'œil : si l'on veut un instrument plus parfait on aura recours à la petite machine du lampiste Chevalier.

Aux fumigations émollientes on fait succéder les aromatiques, qui seront, plus tard, remplacées par les fumigations sèches, de substances résineuses telles que : le benjoin, le succin, et l'oliban.

N. — *Injections.* — Si les collyres dont nous avons parlé plus haut, pénètrent difficilement à travers les points lacrymaux, il faut les introduire à l'aide de la seringue d'Anel, et pratiquer des injections répétées plusieurs fois dans la journée. L'eau qui sert pour les injections sera aiguisée avec de l'infusion de safran, de l'eau-de-vie camphrée, de sulfate de zinc, de cuivre et d'alumine.

Dans des cas analogues, Richter et après lui Beer, employaient avec succès une dissolution de pierre infernale, moyen énergique que quelques praticiens de nos jours veulent présenter comme nouveau. Cette médication doit être exclusivement administrée par l'homme de l'art, qui modifiera l'action du caustique selon la manière dont il sera supporté par les muqueuses.

O. — *Cathétérisme.* — Un moyen que l'on a trop abandonné de nos jours, c'est le cathétérisme du canal nasal, à l'aide de la sonde d'Anel, introduite par les points lacrymaux. Cet instrument demande pour son in-

troduction une certaine dextérité qui ne s'acquiert que par l'habitude; il est préférable de faire passer l'instrument par le point lacrymal supérieur, en retirant fortement la paupière en haut; de cette manière l'on pénètre presque directement dans le canal nasal, sans effort et sans hésitation. L'instrument le franchit facilement dans les cas où l'injection n'a point pu passer. Aussitôt que le stylet est arrivé dans le canal nasal, on le fait parvenir jusque dans la narine; on place sur l'œil un petit gâteau de charpie et quelques tours de bande. Ce petit appareil est destiné à maintenir le stylet en place pendant quelques heures, sa présence finit toujours à la longue par ramener les muqueuses à leur état normal.

C'est pour arriver au même but, que Laforest préconisa le cathétérisme inférieur, c'est-à-dire à travers les fosses nasales. Ce procédé a été rendu beaucoup plus facile par les modifications qu'ont fait subir à l'instrument de Laforest M. Gensoul de Lyon, qui ramena l'attention des praticiens sur cette méthode, et M. Serres d'Alais, qui a changé notablement l'instrument de Gensoul.

Le malade étant assis, la tête droite, le chirurgien tient la sonde de Gensoul comme une plume à écrire; un aide fixe la tête, l'opérateur porte ensuite le bec de la sonde sur le plancher des fosses nasales. Quand les trois quarts de la courbure ont pénétré dans la narine, on fait exécuter à l'instrument, pivotant sur lui-même, un quart de cercle analogue à celui que les lithotomistes nomment tour de maître; par ce moyen on fait passer le bec de l'instrument sur le cornet inférieure, position dans laquelle la convexité de la sonde appuie sur le plancher des fosses nasales, tandis que le bec corres-

pond à l'ouverture du méat nasal inférieur. Afin de pénétrer dans cette ouverture, il faut en abaissant légèrement la main, imprimer à l'instrument un petit mouvement de va et vient, au moyen duquel on rencontre l'ouverture; la sonde s'arrète alors : pour la faire pénétrer il faut lui faire exécuter un mouvement de bascule ; c'est le temps le plus difficile de l'opération, car en trop se hâtant on courrait le risque de fracturer les cornets. A la suite de nombreux essais pratiqués sur le cadavre, on arrive à employer cette méthode sur le vivant sans douleur et sans accidens. Dès que la sonde a pénétré, on peut pousser les injections simples ou médicamenteuses qui viennent refluer par les points lacrymaux.

C'est pour abréger la durée de ce traitement, que M. Gensoul a proposé de porter dans le canal le nitrate d'argent, et de traiter le rétrécissement comme s'il s'agissait d'une affection analogue de l'uretre. Sa sonde alors est convertie en un porte-caustique, semblable à ceux du professeur Lallemand ; deux ou trois cautérisations suffisent pour rendre au canal sa perméabilité.

P. — *Séton.* — Lorsque ce moyen échoue, ou n'est pas appliqué, que les injections ou les autres médications n'ont pas fait disparaître l'engorgement du sac, il faut recourir à la dilatation forcée en passant un seton par la partie supérieure.

Pour parvenir à ce but, Mejean conseillait d'armer son stylet d'un fil de soie et de le faire passer jusque dans la narine, et le faire ressortir par celle-ci. Après avoir laissé le stylet pendant vingt-quatre heures dans le canal, on engage dans une anse du fil de soie, quelques brins de fil de coton et en tirant sur le fil par le point lacrymal, on ramène la mèche dilatatoire dans

le canal nasal ; chaque jour on augmente le nombre des brins de coton, et on procède ainsi à la dilatation progressive du conduit.

Q. — *Procédé de Jean Louis Petit.* — Le procédé dont nous venons de parler a l'inconvénient d'irriter et de fendre les points lacrymaux ; c'est pour éviter cet accident que Jean Louis Petit, proposa d'inciser le sac, et de profiter de cette ouverture pour faire passer le fil dans le canal et y établir le séton. Ce praticien se servait du stylet de Méjean, qu'il est toujours assez difficile de faire sortir des narines, malgré l'emploi de la plaque de Cabanis et de la pince de Richter.

Girod de l'Hôtel-Dieu simplifia singulièrement l'opération en se servant d'une canule porte-ressort, agissant à développement comme la sonde de Belloc. Aussitôt que le bouton est ressorti par la narine on place dans son ouverture le fil de soie, on retire le ressort qui ramène le fil à l'ouverture supérieure du sac.

Pour rendre plus active la dilatation par le séton, Bermond de Bordeaux impreigne les mèches d'onguent escharotique.

R. — *Bougies, Cordes à boyaux et Clous.* — Quand on ne veut pas employer la méthode du séton, ou que les malades refusent de se soumettre à ce procédé qui est très désagréable, il faut procéder à la dilatation du canal par l'application de corps étrangers dilatans. Jean Louis Petit se servait d'une bougie ; Lecat d'une corde à boyeau ; Scarpa, Beer, Demours, Jeager d'un clou de plomb, modifié de diverses formes ; ces chirurgiens se proposaient de remplir tous le même but, savoir d'adapter l'un de ces corps à la configuration du canal et d'en augmenter graduellement le diamètre.

Ouverture du sac lacrymal. — L'ouverture du sac lacrymal se pratique de la manière suivante. Le malade étant assis sur une chaise, un aide se place derrière lui, d'une main fixe la tête contre la poitrine, et de l'autre, tend les tégumens des paupières, afin de rendre très saillante l'attache du tendon de l'orbiculaire des paupières. C'est une ligne au-dessous de ce tendon que l'opérateur pratiquera la ponction du sac lacrymal au moyen d'un bistouri à lame étroite, et tenu en troisième position ; il faut donner à l'instrument une direction oblique de haut en bas, puis quand il aura pénétré d'une ou deux lignes, on le ramènera à une position horizontale qui lui est nécessaire pour marcher dans le canal.

Lorsqu'il y aura beaucoup de gonflement, le muscle du tendon orbiculaire n'est pas un indice suffisamment sûr, il vaut mieux chercher avec le doigt la saillie du rebord interne de l'orbite, à une ligne en arrière on est toujours sûr de trouver le canal.

Afin de rendre cette opération plus facile il faut recommander au malade de ne pas vider le sac, et s'il est déjà vidé on pourrait au besoin le remplir avec la seringue d'Anel.

Aussitôt que le bistouri a pénétré dans le canal nasal, à la distance de sept à huit lignes, on le retire un peu et l'on fait glisser sur la canelure qu'il a au centre une forte sonde d'argent, que l'on introduit dans le canal en retirant le couteau. L'instrument d'argent pénètre quelquefois sans peine dans le canal, mais dans d'autres circonstances, il éprouve une résistance assez grande qui réclame beaucoup de force pour être détruite. Dans ce cas là, on est souvent forcé de se servir d'une sonde cannelée d'acier sans cul-de-sac, et rendue un peu tranchante au moyen de quelques coups de meule ; en

imprimant à cette sonde quelques mouvemens de rotation sur elle-même. Elle détruit et coupe avec facilité les obstacles qui avaient offert une résistance très forte à la pression directe. Aussitôt que l'instrument est parvenu dans le nez quelques gouttelettes de sang s'échappent par la narine.

L'ouverture du sac étant faite, on introduit dans la plaie une très forte sonde d'argent cannelée, au moyen de laquelle on détruit les obstacles qui existent dans le canal, puis au moment où on la retire on fait couler dans sa canelure une bougie, une corde à boyaux ou un clou en plomb, selon le procédé que l'on adopte; on laisse ce dilatateur en place. Tous les vingt-quatre heures on le retire, pour le remplacer par un autre un peu plus gros; quand le dilatateur est métallique on peut le laisser plusieurs jours sans le toucher; la dilatation une fois obtenue, on peut accélérer l'action du clou en l'enduisant avec la pommade escharotique de Bermond.

S. — *Canule métallique.* — Tous ces divers procédés sont en général très lens à opérer, et plus d'un malade a dû porter le clou dilatateur pendant des années; la maladie est souvent suivie de récidive, c'est ce qui engagea Foubert à maintenir ouvert le trajet du canal nasal par l'application d'une canule métallique laissée à demeure: cette méthode fut adoptée en suite par Pellier; elle était depuis un grand nombre d'années mise en usage en Angleterre par Phips et Wathen, en Italie par Vulpi, lorsque Dupuytren la proposa de nouveau en France en lui faisant subir quelques modifications.

T. — *Méthode de Dupuytren.* — Voici comment MM. Bégin et Sanson ont décrit le procédé de leur illustre maître. « Dupuytren se sert des instrumens suivans: 1° D'une canule d'argent ou d'or, longue de

vingt à vingt-cinq millimètres (huit à onze lignes), cônique, plus large en haut qu'en bas, garnie à son extrémité la plus volumineuse d'un bourrelet circulaire médiocrement épais, légèrement recourbée suivant sa longueur, afin de s'adapter à la forme du canal nasal, et taillée en biseau à son extrémité la plus étroite, de manière à ce que son ouverture soit dirigée dans le sens de la concavité de la courbure; 2° d'un mandrin de fer formé d'une tige arrondie assez grosse pour entrer dans la canule et pour la supporter, de telle sorte cependant qu'elle l'abandonne au moindre effort. La pointe de ce mandrin doit être tellement adaptée à la canule que le bec de celle-ci ne fasse pas sur lui des saillies inégales. Son autre extrémité garnie d'un bourrelet saillant, qui soutient la canule et passe sur elle, se recourbe ensuite à angle droit, et se termine par un manche aplati, disposé de manière à ce qu'en le tenant entre les doigts, et la pointe ainsi que la canule qu'elle supporte étant tournée en bas, la concavité de celle-ci soit dirigée vers l'opérateur. »

« Dupuytren ouvre le sac lacrymal d'un seul coup de bistouri dont la pointe est portée derrière le rebord osseux qui commence en haut le canal nasal. La pointe de l'instrument étant engagée dans ce conduit, il soulève légèrement la lame et glisse sur elle la pointe du mandrin garni de sa canule, le bistouri est ensuite retiré, et le mandrin enfoncé à l'aide d'une pression médiocre dans le canal nasal, que la canule doit occuper tout entier, de telle sorte, que son bourrelet caché dans le sac lacrymal, n'oppose aucun obstacle à la cicatrisation de la plaie extérieure. Le mandrin est à son tour retiré, l'instrument qu'il supportait reste dans le canal nasal. Le sujet n'éprouve que peu de douleurs; quelques

gouttes de sang s'écoulent par la narine correspondante ; si l'on ferme le nez et la bouche du malade et qu'on lui fasse faire une forte expiration, de l'air mêlé à du sang jaillit par la plaie. Ce phénomène annonce que l'instrument est convenablement placé, et qu'une libre communication est établie entre le sac lacrymal et les fosses nasales. Une mouche de taffetas gommé suffit pour recouvrir la plaie qui souvent est fermée dans l'espace de vingt-quatre heures. »

Ce procédé, dans les mains du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, tranchait le nœud gordien dans toutes les difficultés que présentent les affections si complexes des organes lacrymaux, car il s'appliquait aussi bien pour une d'acryocystite chronique, pour un engorgement et un épaisissement du sac, que pour l'obstruction du canal nasal ; fatigué de l'incertitude des autres traitemens, il avait adopté cette pratique exclusive, suivant en cela l'exemple de Nannoni, qui détruisait toujours le sac lacrymal.

Malheureusement, aujourd'hui le grand chirurgien n'est plus là pour entourer du prestige de son nom le procédé qu'il avait réhabilité, et dont il usa et abusa tant de fois. L'expérience, plus forte que son autorité, avait montré clairement que les brillans succès obtenus par l'application de la canule, n'étaient que momentanés, car la canule remonte, tombe dans les fosses nasales, s'oblitère, ou perfore les parois osseuses contre lesquelles elle repose pour entrer dans d'autres cavités, souvent par sa pression elle détermine des accidens graves et des maladies des os.

En fréquentant les hôpitaux on est étonné de voir le nombre des personnes qui viennent se faire extraire des canules. M. Carron du Villards et moi nous en avons

extrait une vingtaine au dispensaire ophthalmique et en ville ; et dans le dernier trimestre de son cours clinique, de l'année 1838, M. Jules Cloquet en a retiré quatre.

Pendant qu'en France cette méthode était l'objet d'un engouement si général, que Boyer, Roux et Demours protestèrent seuls contre elle, un chirurgien italien d'un très grand mérite, M. Portal de Palerme, signalait dans un mémoire remarquable et tout basé sur les faits, les inconvéniens de ce procédé; et dès l'année 1832, nous donnâmes une analyse de ce travail, dans un recueil scientifique des deux-Siciles (1).

Formation d'un canal artificiel. — 1° *Méthode de Wathen.* — Wathen a proposé de pratiquer un conduit artificiel dans la direction même du canal naturel qui n'existait pas à l'aide d'un foret, et de le maintenir ouvert en y plaçant une canule à demeure. Cette opération paraît avoir été pratiquée une fois par Dupuytren.

2° *Méthode de M. Laugier.* — Elle consiste à pratiquer une ouverture de communication entre le sac lacrymal et le sinus maxillaire.

Le sac ouvert d'un coup de bistouri, sur la lame de cet instrument on fait glisser un petit trocart dont la tige est coudée à six lignes de la pointe, la pointe tournée en bas, la saillie de l'angle en haut et en dedans. A peine est-il entré dans la partie supérieure du canal nasal, qu'élevant le manche et tournant la saillie de l'angle vers la racine du nez, on incline sa pointe vers la paroi externe du canal nasal, et on la fait pénétrer par un très léger effort dans le sinus maxillaire. On tourne d'arrière en

(1) *Giornale officiale delle Scienze, Lettere ed Arti.* — Palermo, 1832.

avant et d'avant en arrière et sur elle-même la tige du trocart pour arrondir l'ouverture, et on la retire.

Comme l'ouverture osseuse est exposée à se rétrécir, M. Laugier pense que, si cet accident était constaté par l'expérience, on pourrait enfoncer toute la paroi qui sépare le canal nasal du sinus. Il semble beaucoup plus simple de maintenir l'ouverture, soit à l'aide d'une canule à double rebord, ou même d'un double bouton pareil à celui dont Dupuytren se servait pour la grenouillette.

3° *Methode de Woolhouse.* — Woolhouse perforait l'os unguis, et plaçait dans l'orifice une canule en or, en argent ou en plomb de six à huit lignes de longueur; mais, ce qu'ont omis la plupart des écrivains, il enlevait d'abord toute la muqueuse du sac lacrymal. Cette première partie de l'opération a été rejetée depuis.

Les procédés de perforation ont beaucoup varié. Woolhouse traversait l'os unguis avec un poinçon. Saint-Yves préférait le cautère actuel. Hunter imagina dans le même but un emporte-pièce; enfin M. Nicod a proposé de réunir la perforation à l'aide du trocart et de la cautérisation.

Pour bien apprécier ces méthodes, il faut se souvenir d'abord que toutes ces perforations osseuses tendent sans cesse à se rétrécir et à se fermer, et qu'il est nécessaire de les maintenir ouvertes en y plaçant une canule à demeure. Dès lors doivent être rejetés les deux derniers procédés qui, ne faisant qu'une ouverture sans profondeur ne sauraient retenir la canule. Quant à la méthode de Wathen, on peut dire qu'elle se propose un but impossible. Supposez que le canal soit obstrué par une colonne osseuse qui en occupe toute l'épaisseur, comment espérer que le foret agira sur cette colonne compacte sans dévier de côté ou d'autre, chose d'autant plus facile que sur le côté du

canal il ne rencontrera aucune résistance ? Si le canal est détruit, au contraire, par le rapprochement de ses parois, comme cela a lieu pour les alvéoles vides, comment en creuser un nouveau dans le même sens, puisque les parois y manqueront ? Et enfin si le canal est simplement oblitéré par l'adhérence de ses parois muqueuses, à quoi bon un foret pour percer des parties molles ? et enfin, dans tous les cas, qui peut dire que l'instrument ne s'égarera pas ?

Procédé de M. Malgaigne. — J'ai rencontré, dit M. Malgaigne, il y a un an, un cas d'oblitération du canal sur un garçon de douze ans ; du moins, après avoir mis à nu par une large incision le sac lacrymal, ni moi ni mes aides, nous ne pûmes trouver la moindre trace du canal. J'imaginai, et je mis immédiatement en pratique le procédé qui suit : J'enfonçai dans la direction qui me parut être la plus rapprochée de celle du canal le mandrin de la canule ; lequel est assez pointu pour pénétrer aisément. L'instrument arrivé dans les fosses nasales, ce qui fut reconnu à quelques gouttelettes de sang qui sortirent par la narine, et à la sensation éprouvée par le malade, je le retirai ; j'y ajustai une canule à double beurrelet, et l'enfonçai de vive force dans le trou que je venais de faire. L'opération est fort simple, et se termine en quelques secondes (1).

V. *Suppuration forcée.* — *Méthode de Nannoni.* — De même que Dupuytren fatigué par la longueur et l'incertitude des traitemens, opposait à la fistule lacrymale la canule comme méthode unique, de même Nannoni père et fils proposèrent pour la même cause, l'oblitération et l'obstruction du canal nasal, en y établissant une suppuration forcée. Après avoir ouvert

(1) Malgaigne, *Manuel de Médecine opératoire.*

largement le sac, Nannoni père remplissait la cavité avec de petites boulettes de charpie enduites d'onguent escharotique, de minium et de précipité rouge; Pour activer l'action de ce caustique, il portait même quelquefois la pierre infernale dans l'intérieur de la cavité ; son fils simplifia singulièrement ce traitement en détruisant le sac avec un cautère actuel rougi à blanc.

W.—*Oblitération des points lacrymaux.—Méthode de Bosche et Cavarra.* —Un médecin français, nommé Bosche, proposa d'oblitérer les points lacrymaux en les touchant avec les caustiques ; ce même conseil fut donné par le professeur Cavarra, de Bologne, qui préférait pour cette opération un stylet rougi au feu.

Tous ces différens procédés d'oblitération et de destruction d'organe ne remédiaient qu'à la production des matières mucopurulentes du sac, dont le reflux était intermittent, ces méthodes produisaient un épiphora continuel et très désagréable; aussi y a-t-on renoncé complètement.

M. le docteur Rigaud a publié tout récemment un mémoire ayant pour but de démontrer qu'il n'est pas toujours indispensable de recourir aux opérations chirurgicales pour le traitement des fistules lacrymales, et qu'un grand nombre d'entre elles peut être guéri par les antiphlogistiques et les dérivatifs.

« Je ne prétends point, dit M. Rigaud, que les moyens mécaniques doivent être entièrement rejetés dans le traitement de la tumeur lacrymale, bien loin de là ; mais seulement je pense que l'on pourrait souvent se dispenser de les mettre en usage toutes les fois qu'ayant à faire à de jeunes sujets, il n'y a que simple distension du sac lacrymal par l'effet de l'accumulation des larmes et de la sécrétion puriforme dont il est le siége lui-même ainsi

que le canal nasal. On peut souvent obtenir la guérison par les moyens généraux aidés par les moyens locaux simples que nous avons énumérés ; mais, lorsqu'il s'est déjà établi une perforation au sac, losqu'une petite collection purulente s'est formée entre lui et la peau, que déjà, en un mot, il existe ce que l'on pourrait fort bien appeler, d'après M. Velpeau, *fistule lacrymale borgne interne*, il est presque indispensable d'en venir à l'emploi de quelques-uns des nombreux moyens chirurgicaux que renferment tous les traités de médecine opératoire. »

Nous sommes du même avis que M. Rigaud. Nous pourrons citer plusieurs observations, desquelles il résulte que plusieurs cas de tumeurs ont guéri à la suite de moyens antiphlogistiques généraux et locaux, que quelques uns ont guéri spontanément, et que, dans les cas où il a été fait usage de la canule, plusieurs n'ont point guéri, et d'autres ne paraissent devoir leur guérison qu'à l'espèce d'irritation ou de modification que provoque le séjour de la canule dans le canal.

On peut conclure de ces observations qu'un grand nombre de tumeurs lacrymales guérissent spontanément, ou à l'aide de quelques légers astrigens. L'indication essentielle n'est pas le rétablissement mécanique du calibre du canal ; les moyens que l'on met en usage dans ce but guérissent d'une tout autre manière.

X. — *Professions.* — Les maladies inflammatoires, qui produisent les diverses affections des organes lacrymaux que nous venons de décrire, sont excessivement communes dans certaines professions. Parmi celles-ci il faut placer en première ligne les blanchisseuses, surtout celles qui travaillent en plein air ; après elles

viennent les corroyeurs qui habitent des lieux humides, et qui ont toujours la tète penchée en avant; les bateliers, les mariniers, les marins, les pècheurs, les gardes-côtes, les débardeurs, les éclusiers, les déchireurs de bateaux et de trains, les cultivateurs de riz, les maraichers; ces individus sont trés sujets à contracter les affections des voies lacrymales, en raison de l'humidité et des vicissitudes atmosphériques auxquelles ils sont exposés. Leurs habits continuellement mouillés, les rendant sujets aux affections catarrhales et à toutes les maladies qui dépendent de la transpiration supprimée, peuvent occasionner la fistule lacrymale.

V.—*Moyens hygiéniques.*—La plupart de ces professions seraient moins exposées aux maladies des voies lacrymales, si les individus qui les exercent avaient soin de se couvrir convenablement la tète, de s'abriter les yeux quand ils sont au grand vent, et surtout de ne pas négliger les rhumes de cerveau et les autres affections catarrhales, qui sont le point de départ de ces maladies. L'emploi de quelques lotions légèrement astringentes, telles que l'infusion de roses de Provins, nous semblerait très convenable pour arrèter au début ces petites phlogoses angulaires de l'œil, qui ne persistent qu'autant qu'on les abandonne entièrement à elles-mèmes.

On doit conseiller aux individus qui exercent les professions dont nous venons de parler: 1° de faire usage, autant qu'il leur sera possible, de vètemens secs; 2° de se frictionner chaque jour tout le corps avec de la flanelle; 3° de boire de temps en temps le soir du vin chaud et quelques boissons sudorifiques; 4° enfin, aux gens de mer surtout, on ne saurait trop recommander de se purger souvent, à cause de la constipation à laquelle ils sont sujets, et nous devons insister d'autant plus

sur ce dernier moyen, que nous avons vu souvent des affections simples des voies lacrymales, disparaître comme par enchantement à la suite d'une purgation drastique.

Pour les blanchisseuses, les moyens hygiéniques sont à peu près les mêmes, mais comme chez elles la suppression des règles contribue à la production des maladies des voies lacrymales, on doit beaucoup insister sur l'usage des emménagogues. Nous avons donné des soins à plusieurs blanchisseuses de la Glacière, des environs de la rivière des Gobelins, et de Saint-Denis, qui étaient affectées d'épiphora et d'acréocystyte chronique, et chez la plupart, ces maladies ont disparu à l'aide de préparations d'hydrochlorate d'or et d'ammoniaque employées comme emménagogues, et de quelques collyres, composés de parties égales de sulfate de fer et de zinc. On doit conseiller aux blanchisseuses de porter les vêtemens secs et de quitter ceux qui sont mouillés aussitôt que leur ouvrage est fini, et de ne pas exposer leurs yeux aux vapeurs de la lessive chaude. Nous avons observé que les personnes qui travaillent au blanchissage au chlore, quoique exposées à d'autres affections oculaires, sont rarement sujettes aux maladies des voies lacrymales. Le chlore dissous dans l'eau peut légèrement incommoder les ouvriers ; ils ressentent des picotemens dans les yeux, un peu de toux, mais sans accidens graves ; les chlorures présentent moins d'accidens.

CHAPITRE IV.

OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES.

GÉNÉRALITÉS SUR LES OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES.

Sous le nom d'*ophthalmies spécifiques*, on comprend diverses inflammations de l'œil et de ses annexes qui, en raison des causes spéciales et de la diversité des tissus enflammés, présentent des caractères assez distincts pour se manifester toujours de la même manière, et par conséquent, être considérées comme des types. Telle est du moins la doctrine admise par un certain nombre d'ophthalmologistes modernes ; cette doctrine a été, du reste, le sujet de controverses assez vives, et n'a pourtant pas encore été discutée à fond.

La doctrine de la spécificité des ophthalmies est plus ancienne qu'on ne le croit ; en lisant l'ouvrage de Trnka de Karnowitz, intitulé : *Historia ophthalmiæ omni ævo observatæ*, on voit que bien longtemps avant Beer l'on avait admis des ophthalmies catarrhales, arthritiques, rhumatismales, scrofuleuses, etc. Le professeur de Vienne n'a donc fait que les poser dans un cadre nosologique plus régulier, en les entourant des symptômes, au moyen desquels il prétend que l'on peut reconnaître la nature de la spécificité qui a modifié l'inflammation ordinaire. Ces idées de Beer ont été propa-

gées en Angleterre par Mackenzie et par Samuel Cooper, auquel nous devons leur première introduction chez nous par la traduction de son *Dictionnaire de chirurgie*, qui parut en France en 1826. En parcourant l'intéressant article ophthalmie, on y retrouve presque toutes les doctrines dont le représentant de l'école ophthalmologique allemande, en France, voudrait s'attribuer l'importation. Si cet article a fait peu de sensation sur la généralité des médecins qui ne s'occupent pas des maladies des yeux, il a fixé du moins l'attention des hommes qui ont étudié avec soin les doctrines ophthalmologiques de tous les pays. On doit donc admettre que ces doctrines étaient connues en France depuis longtemps, lorsque M. Sichel, par son enseignement clinique et par ses ouvrages, a concouru à leur propagation.

Frappé, toutefois, de la nouveauté de ces doctrines, quelques médecins ont non-seulement adopté ces idées, mais encore ils ont cru qu'elles appartennaient en propre à M. Sichel, puisque dans aucune de ses publications il n'avait présenté le point de vue sous lequel ces idées étaient enseignées et admises en Allemagne.

Les choses en étaient là, lorsque analysant, dans un recueil scientifique (1), la plus importante des publications de M. Sichel, j'ai le premier, en France, réclamé en faveur de Beer, Schmits, Himly, Bénédict et Jüengken, la plupart des doctrines professées par cet ophthalmologiste; j'en ai contesté tout à la fois l'origine et la valeur dans une polémique, que M. Sichel a voulu considérer comme personnelle, tandis que je l'avais établie sur un point de vue purement scientifique. Je suis heureux de voir

(1) *Journal des Connaissances médicales pratiques.* — Septembre 1837, et janvier 1838.

mes opinions partagées par deux hommes qui occupent un rang si élevé dans la science, tels que MM. les professeurs Sanson et Velpeau, et par de jeunes médecins pleins de savoir et d'avenir, tels que MM. les docteurs Laugier, Carron du Villard, Caffe, Cunier, etc.

Cet exposé historique nous conduit nécessairement à la manifestation de notre opinion sur les ophthalmies spéciales. Entre les hommes qui les admettent sans restrictions de nombre et de forme et ceux qui les rejettent complètement, il existe, je crois, un milieu qui se rapproche bien plus de la vérité, c'est de n'admettre, comme spécifiques, que les ophthalmies dont les caractères sont non-seulement bien tranchés, mais encore toujours identiques. Ces caractères, nous les trouvons dans les affections *catarrhales*, *scrofuleuses*, et *syphilitiques* de l'œil. En effet, si la *syphilis* imprime aux maladies du système dermoïde des formes particulières, tellement précises qu'elles sont reconnues à la première vue, comment refuser de croire que le même virus n'imprimera pas à certains tissus de l'œil sur lesquels il a une tendance à se fixer des formes particulières qui indiquent sa présence?

Il en sera de même pour les *scrofules*. La plupart des pathologistes modernes n'hésitent pas à reconnaître que la maladie scrofuleuse, soit qu'on la considère comme exubérance du système lymphatique, soit qu'on la regarde comme résultat de l'altération de la lymphe elle-même, porte avec elle des caractères qui se manifestent sur la peau, les os, le système glandulaire et les membranes muqueuses.

Quant à l'état *catarrhal*, étant propre à toutes les muqueuses, il se présente dans l'œil avec les mêmes ca-

ractères que dans les autres tissus qui contiennent des folicules mucipares.

Pour l'affection *goutteuse* et *rhumatismale*, et les différentes divisions et subdivisions que l'on a voulu y admettre en les combinant avec les autres ophthalmies, nous ne voyons là que des hypothèses que rien ne justifie. Les phénomènes qui accompagnent les ophthalmies dites rhumatismales, se rattachent à l'inflammation du système fibreux, et se comportent dans l'œil comme lorsque l'inflammation fibreuse a lieu partout ailleurs que dans cet organe.

Quant aux ophthalmies *morbilleuses*, *empétigineuses*, *varioleuses* et *scarlatineuses*, nous ne voyons là que des formes plus ou moins développées d'une conjonctivite simple, sur la formation de laquelle nous avons signalé les affections dermoïdes aiguës ou exanthématiques ; il n'y aurait aucune différence entre une conjonctivite morbilleuse, scarlatineuse, rubéolique et varioleuse, si, dans quelques circonstances, il ne se manifestait sur la conjonctive des pustules de variole; et, si nous nous occupons de cette variété en particulier, c'est qu'elle nécessite un traitement spécial, destiné à faire avorter les pustules qui se forment sur l'œil.

§ I. OPHTHALMIE CATARRHALE.

SYN.—*Phlegmhyménitis ophthalmica.* — *Ophthalmie catarrhale proprement dite.*—*Blépharite catarrhale.*

A.—*Siége et symptômes.*—L'ophthalmie *catarrhale* a son siége dans les parties de la conjonctive qui contiennent l'appareil muco-génique, plus vulgairement connu sous le nom de *corps papillaire* ou de *follicules muqueuses.* Elle envahit aussi les glandes de Meibomius

et y détermine un surcroît d'activité. L'affection catarrhale peut se développer sous l'influence de circonstances bien différentes, et acquérir divers degrés de gravité. L'inflammation catarrhale de l'œil peut exister dans tout l'organe à la fois, ou n'envahir que quelques points de l'appareil producteur du mucus. C'est ainsi que dans un grand nombre de circonstances la maladie se borne à l'inflammation des glandes de Meibomius, et constitue ainsi la *blépharite catarrhale granulaire*.

Cette inflammation commence par un prurit désagréable du bord des paupières, accompagné de gonflement et de rougeur ; ceux-ci ne s'étendent point au-delà du limbe sur la face externe des paupières. La conjonctive du rebord palpébral est gonflée, c'est ce qui fait que le malade meut avec peine ses paupières. La sécrétion muqueuse des glandes de Meibomius est supprimée ; les larmes, par contre coup, coulent avec une plus grande abondance, et ne se mêlant point au mucus, produisent dans l'œil une forte chaleur, qui ressemble quelquefois à la sensation que produit une brûlure. Cette espèce d'ophthalmie portait autrefois le nom d'*ophthalmie humide* ou *séreuse ;* les ophthalmo-pathologistes modernes la nomment *période d'hydrorrhée.* Dans d'autres circonstances, l'écoulement des larmes se supprime de lui-même, et on éprouve alors dans l'œil un sentiment de sécheresse, que l'on a nommé *schiroma*, accompagné d'une sensation analogue à celle occasionnée par la présence de petits grains de sable.

Aussitôt que l'inflammation a diminué, le prurit des paupières cesse, et la sécrétion du mucus se fait de nouveau. Mais cette sécrétion est altérée dans sa forme, sa couleur, sa quantité et ses propriétés chimiques.

Pendant le sommeil, la matière sécrétée se répand au devant de l'œil, s'agglomère au grand angle, et aglutine les cils, de telle façon que le matin les paupières se trouvent fermées, et qu'il est nécessaire de les laver avec de l'eau tiède pour les ouvrir. Lorsque la maladie est moins abondante, le mouvement des paupières ayant étendu le mucus sur la cornée, la vue est trouble au réveil, et ce n'est qu'après les avoir frottées que la vue reprend sa netteté habituelle ; dans la journée, il se manifeste des symptômes analogues, les paupières étendent le mucus sur la cornée, la troublent momentanément ; et si l'on regarde la lumière ou le soleil, on les voit entourés d'un disque chatoyant et de diverses couleurs. Les anciens oculistes donnaient, à cette période de la maladie, le nom de *lippitudo*, *chassie*, *épiphora sébacè* ; lorsque la maladie augmente, le bord des paupières s'excorie, et se convertit même quelquefois en de légères ulcérations.

Les symptômes que nous venons d'indiquer sont absolument les mêmes dans tous les âges et chez tous les individus; pour les blépharites des nouveaux-nés, comme pour celles des vidangeurs et des égoûtiers, il n'y a que la durée et l'intensité qui les distinguent.

La blépharite catarrhale est presque toujours compliquée de coryza, et par conséquent de symptômes de réaction fébrile.

B.—*Durée et terminaison.*—La maladie se termine souvent d'elle-même par résolution, surtout si elle a été produite par un coryza; la persistance des causes productrices et un traitement peu convenable, la font passer à l'état chronique, presque toujours accompagné de l'hypertrophie des glandes et de la muqueuse.

C. — *Pronostic.* — L'ophthalmie catharrhale simple est sans danger ; elle est seulement désagréable, quel-

quefois très longue, surtout quand on ne soustrait pas l'œil à l'influence des causes productrices.

D. — *Causes.* — Cette maladie est presque toujours produite par l'action de l'air chargé d'émanation délétères, ainsi que par les brusques variations atmosphériques, et c'est surtout aux époques de l'année où ces changemens sont très fréquens qu'on l'observe le plus souvent. Les émanations gazeuses et putrides de toute nature la produisent aussi très promptement.

C. — *Traitement.* — Rarement la blépharite catarrhale est assez développée pour nécessiter l'emploi des évacuations sanguines. Le traitement se borne presque toujours dans l'éloignement des causes productrices, et dans l'emploi de toniques, dont on proportionne la force et l'activité au degré du développement de la maladie.

Depuis quelques années, on emploie, avec beaucoup d'avantage, le nitrate d'argent en solution, comme dans la formule suivante :

Prenez : Eau distillée, 1 once. = 32 gram.
Nitrate d'argent
cristallisé. 2 grains. = 10 centigr.

Mêlez.

Toutes les deux heures, on laissera tomber, entre les paupières, quelques gouttes de ce collyre.

Les sulfates de zinc et de cuivre sont aussi fort avantageux, et s'administrent selon les formules suivantes :

Prenez : Eau distillée de roses, 2 onc. = 64 gr.
Sulfate de zinc, 6 gr. = 30 centigr.
Laudanum de Sydenh., 2 gouttes.

Mêlez.

Mêmes proportions pour le sulfate de cuivre.

Nous employons avec succès le collyre suivant :

Prenez : Eau distillée, 1 onc. = 32 gr.

Deuto-chlorure de merc. 2 grains. = 10 centigr.
Laudanum de Sydenham, 6 gouttes.

Mêlez.

Lorsque la maladie est rebelle, on peut passer rapidement sur l'intérieur de la paupière un petit crayon de nitrate d'argent.

Les bains de pieds à la moutarde, ainsi que quelques légers purgatifs, peuvent accélérer la guérison de la maladie.

E.— *Professions.*— Sont sujets à la blépharite catarrhale tous les individus exposés aux brusques variations atmosphériques, tels que les soldats en marche et en faction par un temps froid et nébuleux, les couvreurs, les postillons, ceux qui sont exposés aux vapeurs méphytiques des substances animales ou végétales, tels que les boyaudiers, les écarrisseurs, enfin, les vidangeurs, les égouttiers, desquels nous parlerons avec plus de détails en nous occupant de cette variété d'ophthalmie catarrhale qui affecte en même temps et les paupières et le globe de l'œil.

Les professions qui exposent l'œil à une grande chaleur, accompagnée de poussières et de molécules métalliques, produisent fréquemment la blépharite catarrhale qui commence par l'inflammation du bord libre des paupières ; nous l'avons observée chez un grand nombre d'ouvriers qui travaillent le fer, tels que les forgerons , les taillandiers , les maréchaux-ferrans, les armuriers, les serruriers, les polisseurs, les tailleurs de cristaux, les fabricans de pierres à fusil ; c'est la *lippitudo* (yeux chassieux) qui affecte particulièrement ces ouvriers.

S'il faut en croire les historiens, c'est à la crainte de la *lippitudo* que nous devons un des plus grands orateurs Grecs, Démosthènes. Son père ayant contracté la

chassie, et voulant épargner à son fils une incommodité semblable, lui fit quitter la forge, les tenailles et l'enclume sur laquelle il fabriquait les épées, pour l'envoyer chez un rhéteur.

Les fabricans d'allumettes, et tous ceux qui sont exposés aux vapeurs de soufre allumé ou fondu, sont aussi sujets à la chassie, ainsi que l'avait déjà fait observer Martial (1) :

« *Nec sulfuratæ lippus institor mercis.* »

(Ni le chassieux qui vend des allumettes.)

F. — *Traitement de la chassie.* — Il ne faut pas essayer de supprimer brusquement la chassie ; on doit faire usage d'abord de collyres légèrement astringens, et passer ensuite aux collyres au nitrate d'argent. Si les paupières sont ulcérées, les pommades saturnines et mercurielles doivent être employées de préférence. Nous nous servons habituellement d'une pommade préparée selon la formule suivante :

Prenez : Axonge, 1/2 gros, = 2 gram.
Nitrate d'argent fondu, 3 grains 15 centigr.
Extrait de saturne, 12 gouttes.

Pour faire une pommade, dont on appliquera tous les soirs, gros comme une petite lentille, sur le bord libre des paupières.

On peut se servir aussi de la pommade de Janin dont voici la formule :

Prenez :
Sulfate de zinc, 5 grains — (25 centigr.).
Faites dissoudre dans
Eau de plantain.... 4 onces — (125 gram.).
Ajoutez

(1) Lib. XII, epig. 57.

Mucilage de semences de coing 1/2 once (16 gram.)
Mêlez et agitez chaque fois.

G. — *Moyens hygiéniques.* — Nous conseillerons aux personnes exposées à contracter la chassie de se laver souvent les yeux avec une petite éponge imbibée d'eau tiède, et le matin de ne pas ouvrir les yeux qu'après avoir ramolli les croûtes qui tiennent les paupières collées ; l'omission de ces soins de propreté, dit Stœber, occasionne la perte des cils et leur direction vicieuse.

Ramazzini conseille aux armuriers, serruriers, forgerons, etc., de faire usage du petit lait de vache, des émulsions faites avec des semences de melon, d'une diète rafraîchissante et de purgations fréquentes ; et enfin, si leurs maux d'yeux sont très opiniâtres, d'employer l'eau où l'on trempe le fer rouge ; le moyen recommandé par le célèbre médecin de Padoue, est très rationnel, car l'eau, légèrement ferrée, ayant sur les yeux une action astringente, doit guérir la chassie ; mais cette eau étant souvent sale et croupie, nous conseillons à ces ouvriers de se servir plutôt des collyres ou sulfate de zinc, ou au nitrate d'argent dont nous avons donné plus haut la formule.

Enfin, pour garantir leurs yeux à la fois et des pailles de fer et de la rougeur éclatante de ce métal lorsqu'il sort de la forge, nous ne saurions trop leur recommander de faire usage de lunettes sans foyer, et légèrement coloriées en bleu.

§ II. OPHTHALMIE PURULENTE.

Syn. — *Ophthalmie blennorrhagique. — Ophthalmo-blennorrhée. — Ophthalmie puriforme.*

Généralités sur l'ophthalmie purulente. — Pour nous, les ophthalmies blennorrhagiques ne sont autre chose que l'ophthalmie catarrhale simple arrivée à son plus haut degré de développement. En effet, si l'on considère attentivement et sans aucune idée préconçue, les progrès de ces espèces d'ophthalmies, surtout lorsqu'elles règnent épidémiquement, il est facile de suivre la marche des symptômes de l'ophthalmie catarrhale quand elle arrive à l'état blennorrhagique. Ces phénomènes sont surtout appréciables lorsque la maladie attaque un grand nombre d'individus. Chez tous, elle a les mêmes symptômes, les mêmes formes, et ce n'est qu'en raison de quelques idiosyncrasies particulières, ou sous l'influence de causes spéciales, ou par un traitement inconsidéré, qu'elles prennent un grand développement. Cela est si vrai, que si l'on était toujours appelé au début de l'ophthalmie dite des *nouveaux-nés*, on la ferait presque toujours avorter pendant sa période catarrhale.

D'après ce qui précède, nous allons donc considérer l'ophthalmie blennorrhagique des nouveaux-nés, celle dite égyptienne et belge, comme une même affection, avec la seule différence qu'elle se développe sous l'influence de causes diverses.

§ III. OPHTHALMIE DES NOUVEAUX-NÉS.

SYN. — *Ophthalmia neonatorum.*

A. — *Siége et symptômes.* — Lorsque l'ophthalmie des nouveaux-nés outrepasse les formes catarrhales simples, ce qui arrive malheureusement fort souvent en raison de la laxité du tissu des paupières et de l'impressionnabilité de l'enfant, le premier symptôme d'accroissement se montre dans les paupières qui se tuméfient, deviennent rouges et offrent une certaine résistance lorsque les petits malades veulent les ouvrir ; les cils sont aglutinés entre eux au réveil, et c'est en voulant ouvrir les yeux pour chercher la lumière, que l'enfant commence à pousser des cris de contrariété, puis enfin de douleurs. La conjonctive ne tarde pas à se tuméfier, d'abord dans les paupières, puis enfin sur le globe de l'œil ; la cornée se présente alors entourée d'un bourrelet muqueux, dans lequel elle paraît enchassée. Ce gonflement chémosique est quelquefois si prompt et si rapide, que l'écoulement puriforme est souvent précédé de quelques petites hémorrhagies, résultat de la rupture de petits vaisseaux conjonctiviens.

L'écoulement blennorrhagique est souvent si abondant, que lorsque l'on soulève la paupière il s'échappe une grande quantité de pus qui baigne toute la joue de l'enfant et arrive même jusque sur son col. C'est cette matière purulente retenue par la paupière supérieure, formant poche, qui occasionne si promptement le ramollissement de la cornée. Lorsque cette matière s'est écoulée, on voit que la conjonctive oculo-palpébrale est

tuméfiée, villeuse, et qu'il existe çà et là, quelques petits abcès plus connus sous le nom de *pustules purulentes.*

B. — *Durée et terminaison.* — L'ophthalmie purulente des nouveaux-nés ayant outrepassé l'état catarrhal, se termine rarement par la résolution ; si elle n'est pas arrêtée convenablement, elle occasionne les accidens les plus graves et presque toujours la perte de l'organe. Bellivier, Guillié, et la plupart de ceux qui se sont occupé des aveugles-nés, ont prouvé que le plus grand nombre des cécités de naissance, était dû à l'ophthalmie purulente.

C. — *Pronostic.* — Les premiers degrés de l'ophthalmie purulente des nouveaux-nés sont sans dangers, et se termineraient même sous l'influence des forces médicatrices de la nature. C'est justement parce que l'on a vu un certain nombre de cas se comporter ainsi, que les personnes qui soignent les enfans, espérant les mêmes résultats, laissent la maladie gagner d'intensité, et ne recourent à l'homme de l'art que lorsque le mal a fait de rapides progrès et déjà occasionné quelques désordres. Dès l'instant qu'en soulevant la paupière le pus sort en gouttes, la maladie a acquis une haute gravité, et presque toujours l'œil est fortement compromis.

D. — *Causes.* — Aux causes générales que nous avons données pour le développement de l'ophthalmie catarrhale des adultes, il faut en ajouter quelques unes spéciales à l'enfant ; ce sont les écoulemens vaginaux de mauvaise nature, la pression de la tête par les os du bassin ou par le forceps, l'influence de l'air extérieur, et le peu de soin que l'on prend à préserver l'enfant qui sort d'un lieu où la température est bien différente ; aussi l'ophthalmie est-elle toujours précédée ou accom-

pagnée de coryza, d'otite, de bronchite et d'endurcissement du tissu cellulaire.

« Il pourrait être établi, dit M. Breyer (*Annales d'oculistique*, août 1840), en règle que l'ophthalmie des nouveaux-nés se déclare toujours lorsque la mère est leucorrhéique, que l'accouchement a été lent et que la tête a été longtemps engagée. L'ophthalmie présente alors des caractères de bénignité qui ont porté M. Cunier à la désigner sous le nom d'ophthalmie leucorrhéique des nouveaux-nés, réservant avec Wood (*London Medical Gazette*, novembre 1838) le nom d'ophthalmie *blennorrhagique* des nouveaux-nés à celle qui reconnaît pour cause une gonorrhée de la mère au moment de l'accouchement, ou l'innoculation de matière blennorrhagique; de *catarrhale*, à celle due à une cause catarrhale, et notamment à l'action de l'eau froide employée pour le baptême; et enfin de *traumatique*, à celle qui est due au manque de soin et de propreté; pour ce qui est de l'ophthalmie qui survient chez les nouveaux-nés à la suite de l'exposition à une trop vive lumière au moment de la naissance, elle suit une marche particulière en ce que les membranes internes sont primitivement affectées. »

La présentation à l'*État civil*, les pratiques pour la cérémonie du baptême, l'exposition dans un temple catholique pendant l'hiver, l'application de l'eau froide et glacée sur la tête des nouveaux-nés occasionnent très souvent l'ophthalmie purulente. L'abbé Demonceaux a cru devoir signaler lui-même les dangers du baptême dans quelques saisons de l'année. A Naples et dans quelques autres villes d'Italie, on constate à domicile la naissance de l'enfant en lui administrant le baptême.

Dans l'avant dernière session de la Chambre des pairs, un de nos confrères, M. Bourjaut-saint-Hilaire,

a réclamé pour la France les mêmes soins et les mêmes précautions que celles mises en usage à Naples, où le climat est sans contredit bien moins propice au développement de l'ophthalmo-blennorrhée des nouveaux-nés.

M. Garcia Blanco, député aux cortès espagnoles, fit une proposition (séance du 27 février 1837), dans le but d'obtenir qu'on baptisât désormais avec de l'eau tiède.

E. — *Traitement.* — L'ophthalmie purulente des nouveaux-nés peut presque toujours être arrêtée à son début, par les mêmes moyens que nous avons indiqués pour l'ophthalmie catarrhale : c'est surtout dans l'usage des astringens convenablement administrés que résident les plus grandes chances de guérison. En Angleterre où cette maladie est très fréquente, Ware, Wardrop, Saunders et Farre, ont signalé l'eau stiptique de Bates comme le plus prompt moyen d'arrêter l'écoulement et de s'opposer au développement chémosique. En Irlande et en Amérique où cette maladie est très fréquente aussi, l'on est allé plus loin ; l'on a employé la solution de nitrate d'argent à des doses excessivement élevées, au point que l'on doit considérer cette médication comme une méthode ectrotique ou éradicative ; on en peut juger par la formule suivante :

Prenez :	Nitrate d'argent	jj gros = 8 gram.
	Eau de roses	j once = 32 gram.

Dissolvez.

Cette solution est plus qu'un collyre, c'est un escharotique qui cautérise la muqueuse et la couvre d'eschares grises et blanchâtres.

En réservant cette formule pour les cas excessivement graves, nous pouvons affirmer que huit grains de nitrate

d'argent par once d'eau distillée injectés convenablement dans l'œil, suffisent pour arrêter l'écoulement.

Nous nous servons habituellement du collyre suivant :

Prenez : Eau distillée jj onces = 64 gram.
Nitr. d'arg. fondu xjj gr. = 60 centigr.

Mêlez.

Ce collyre a l'avantage de pouvoir être continué pendant longtemps, même jusqu'à l'entière disparition de l'écoulement purulent.

Nous ne saurions trop nous élever contre la fâcheuse habitude de quelques individus qui font placer des cataplasmes émolliens sur les yeux des nouveaux-nés. Leur seule présence suffit pour développer l'état puriforme.

---

§ IV. OPHTHALMIE ÉGYPTIENNE.

Syn. — *Ophthalmie des camps. — Des vaisseaux. — Des armées.*

Historique. — Cette ophthalmie a pris le nom d'*égyptienne*, parce que d'après le témoignage de Prosper Alpin, Ollivier, Volney, Brown, Assalini, Bruant, Savaresi, Desgenettes, Larrey, Pariset et Clot-Bey, elle est endémique en Egypte. C'est après la mémorable expédition de Bonaparte dans cette contrée que l'ophthalmie s'est développée dans l'armée française, et dans l'armée anglaise qui lui fut opposée. Dès cette époque l'ophthalmie égyptienne s'est produite et entretenue dans la plupart des armées européennes ; elle règne encore aujourd'hui dans quelques corps de l'armée russe, dans ceux de la confédération germanique, et plus gé-

néralement dans l'armée belge et hollandaise. En Belgique, le nombre des individus affectés d'ophthalmie depuis 1814, époque de l'invasion, a été de plus de 100,000.

A.—*Siége et symptômes.* — Au début de la maladie, les symptômes sont exactement les mêmes que dans l'ophthalmie catarrhale ; ils marchent seulement avec une plus grande rapidité. On distingue trois degrés sous le rapport de l'étendue de la maladie ; le premier consiste dans l'inflammation et la tuméfaction de la conjonctive palpébrale seulement ; dans le second, la maladie s'étend à la conjonctive oculaire ; dans le troisième, enfin, la cornée et la sclérotique sont aussi envahies par le mal.

Au début, le malade éprouve un sentiment désagréable, semblable à celui que produirait un grain de sable introduit entre la paupière et l'œil ; la conjonctive et la sclérotique sont à peine rouges ; mais dès que la maladie fait des progrès, elles se remplissent peu à peu de sang, de telle façon que le chémosis est promptement formé lorsque la maladie augmente ; aussitôt que celle-ci est formé, la cornée ressemble à un verre de montre encadré dans une conjonctive boursoufflée. Arrivée à ce point, la maladie grandit tout à coup ; la conjonctive devient d'un rouge-vineux ; les paupières se renversent ou se boursoufflent, comme dans l'ophthalmie des nouveaux-nés ; le malade éprouve des douleurs atroces, accompagnées de fièvres violentes, souvent de délire furieux, ainsi que l'ont observé Larrey et Assalini.

Dès l'instant que l'écoulement purulent se forme, la cornée perd sa transparence, elle devient d'un gris pâle ; elle se ramollit quelquefois, et ne pouvant plus résister à la pression qu'exerce sur elle le grand développement de l'humeur aqueuse, elle crève, et donne passage à

cette humeur. Cette évacuation est presque toujours suivie d'un grand soulagement. Dans d'autres cas, les perforations de la cornée ne sont que le résultat d'ulcérations qui se sont formées sur divers points de cette membrane.

La conjonctive renversée se couvre de petits tubercules muqueux, que l'on nomme *granulations*. On attribue généralement leur formation à l'hypérémie des follicules muco-géniques, plus connues sous le nom de *corps papillaire*. Lorsque cette hypertrophie persiste, les granulations se durcissent, ne s'affaissent plus, et laissent dans l'œil un reste de maladie, qui se réveillera sous la plus légère influence.

B. — *Durée et terminaison.* — L'ophthalmie égyptienne est de toutes les inflammations de l'œil celle qui produit le plus grand nombre d'altérations organiques ; rien n'est plus commun que de la voir suivie de hernie de l'iris, de pannus, de staphylome, de propulsions chroniques de la cornée, de l'amincissement de la sclérotique et de rupture complète de l'œil ; elle se termine quelquefois par la résolution ; mais il reste presque toujours dans la conjonctive de la paupière quelques granulations, qui n'attendent que de nouvelles causes pour réveiller l'inflammation.

La granulation n'est point un fait unique de l'ophthalmie égyptienne ; elle se présente à la suite de toutes les ophthalmies purulentes qui ont eu une certaine gravité.

C. —*Pronostic*. — L'ophthalmie égyptienne est une maladie dont on ne saurait méconnaître la gravité ; depuis quarante ans, elle a fait de nombreux ravages dans les armées européennes. Il faut reconnaître cependant que quand la maladie règne épidémiquement, elle est beaucoup moins grave à son début et à sa période de

décroissement que lorsque la maladie est à son plus haut degré de propagation.

D.— *Causes.*— Les causes de l'ophthalmo-blennorrhée égyptienne sont aujourd'hui encore le sujet d'une controverse très vive ; les uns ne voient dans cette maladie qu'une ophthalmo-blennorrhée due à des causes ordinaires ; les autres la regardent comme un mal contracté en Egypte par les armées françaises et anglaises, et apporté par elles en Europe, où il s'est propagé.

Les deux opinions sont également vraies, car l'Egypte, par la nature de son climat, l'ardeur de son soleil, la blancheur de son sol, par ses vents chargés de poussière et d'émanations animales, doit être considérée comme la terre classique de l'ophthalmie. Les journées sont brûlantes, et les nuits froides ; l'on comprend alors que l'armée expéditionnaire n'ayant point eu les vêtemens et les agencemens nécessaires pour se mettre à l'abri de tant de causes, ait été rapidement atteinte de l'ophthalmo-blennorrhée.

On a vu, en Europe, des ophthalmies analogues se manifester sous l'influence du rassemblement, quand d'ailleurs les principales règles de l'hygiène étaient méconnues. Un exemple des plus récens et des plus malheureux de cette négligence a eu lieu dans la maison de refuge pour les orphelins du choléra ; ces enfans furent introduits dans des salles nouvellement blanchies, on ne leur coupait pas les cheveux très courts ; on les lavait tous les matins à l'eau froide, et il se développa une ophthalmie purulente d'une très grande gravité, offrant les symptômes analogues à ceux de la maladie égyptienne, et présentant des caractères de contagion très prononcés. Or, si la contagion a été évidente pour les ophthalmies nées en Europe, nous ne voyons pas pour-

quoi l'on rejetterait la même cause de transmission de l'ophthalmie égyptienne ; c'est cependant ce qui a été fait dans les premiers temps de son invasion en Europe.

Ce sont les médecins anglais et italiens qui ont établi la doctrine évidente de la contagion qui est aujourd'hui généralement reconnue par les ophthalmologues les plus distingués; il serait facile, dans un travail qui aurait une autre étendue que celui-ci, d'établir la filiation non interrompue de la transmission de l'ophthalmie égyptienne aux diverses armées européennes, en partant des armées anglaises et françaises, pour s'arrêter aux armées belge et hollandaise.

Dans l'armée belge, on a voulu attribuer son développement et sa persistance à l'émanation des substances employées pour blanchir les buffletteries à la forme des collets d'habits, à la cravatte, à la compression qu'exercent ces parties du vêtement sur le cou, enfin à la pression du schako sur la tête.

Ces causes ayant été admises avec opiniâtreté par les chefs de service de santé de l'armée belge, la doctrine de la contagion, émise dans le principe par M. Kluyskels, défendue par M. Marinus, a été laissée de côté, et il a fallu non seulement de nouveaux malheurs, mais encore l'opinion des hommes les plus hauts placés en ophthalmologie pour ramener la question sur son véritable terrain, pour prouver toute l'exagération et l'ignorance des *compressionistes* qui avaient promis à la face de l'armée et de la nation de détruire une maladie dont ils ne connaissaient pas le véritable caractère.

Tout en admettant la contagion, il ne faut point non plus oublier d'autres circonstances sous l'influence desquelles la maladie peut se développer pour ainsi dire spontanément. Telles sont l'insalubrité des casernes, les

refroidissemens après l'exercice, l'abus des spiritueux et la mauvaise nourriture.

E. — *Traitement.* — L'ophthalmie égyptienne ayant un début très rapide et une terminaison promptement funeste, il est de la plus haute importance de l'arrêter aussitôt que possible. L'expérience de la plupart des médecins contemporains, et surtout celle des Anglais, a prouvé qu'au début de cette maladie il fallait opposer de nombreuses saignées ; et afin que celles-ci remplissent plus promptement leur but, on a proposé l'emploi de l'artériotomie pratiquée à la temporale. Les chirurgiens anglais ayant surtout observé qu'une saignée moyenne suivie de défaillance produisait plus d'effet qu'une saignée abondante, provoquent l'évanouissement par tous les moyens possibles, entre autres, en faisant tenir le malade debout, ainsi que nous l'avons dit en parlant des ophthalmies phlegmoneuses.

Ce sont encore les médecins anglais qui proposèrent comme méthode générale la saignée et le débridement local en enlevant avec des ciseaux courbés sur leur plat de grands lambeaux de conjonctive tuméfiée.

Pour activer les effets des saignées, on administre des purgatifs drastiques, parmi lesquels le jalap et le calomel sont surtout recommandés. En Angleterre, on a l'habitude de pousser ce sel mercuriel jusqu'à la salivation complète. Dans les premières années de l'invasion de cette épidémie, on perdait un temps précieux à attendre l'époque favorable où l'on pourrait appliquer les collyres astringens. Aujourd'hui que l'on a mieux étudié l'influence des astringens et des escharotiques sur les muqueuses, l'on ne craint point de porter sur les conjonctives très enflammées, non seulement des solutions astringentes et escharotiques, mais encore des caustiques purs.

Pendant la première période, on peut instiller entre les paupières quelques gouttes du collyre suivant :

Eau distillée	onces 2 = 64 gram.
Nitrate d'argent fondu	grains XX = 1 gram.

Mêlez.

Au début de la maladie, les Égyptiens plaçaient quelquefois sur les paupières des vésicatoires, ainsi que le rapporte Assalini ; ils agissaient alors de la même manière que lorsqu'on les pose sur les érysipèles et les phlegmons. Ils employaient aussi la compression sur les paupières pour empêcher l'atrophie et hypertrophie des muqueuses. M. le professeur Piorry a renouvelé cette prescription avec beaucoup d'avantage dans la seconde période de l'ophthalmie de la Maison de Refuge pour les orphelins du choléra.

F. — *Traitement des granulations.* — Lorsque par les saignées et les astringens l'on n'a point obtenu l'affaissement de la muqueuse et du corps papillaire, celui-ci reste soulevé et forme dans les paupières surtout de petites tumeurs élevées, discrètes ou confluentes qui ressemblent à des œufs de carpe d'un rouge plus foncé cependant, et que le professeur Rust a comparées à la couleur du saumon fumé.

Ce dévoloppement du corps papillaire est généralement connu sous le nom de *granulations*; celles-ci doivent être considérées comme une stase de la maladie que la cause la plus minime peut réveiller et faire repasser à l'état aigu. Tout individu atteint de granulations ne doit point être considéré comme guéri jusqu'à entière disparition de l'hypertrophie papillaire.

Pour la destruction des granulations, deux méthodes se disputent aujourd'hui la prééminence, la *cautérisation* et l'*excision.*

La cautérisation, déjà connue par Rhazes, peut être faite avec le fer rouge (méthode arabe), avec les escharotiques, les acides minéraux, le nitrate d'argent, et même la potasse caustique. L'acide sulfurique, employé comme le faisait Guthrie, nous paraît le plus convenable, parce que tout l'acide agit sans être neutralisé par les tissus, ce qui arrive presque toujours au nitrate d'argent. Cependant, lorsque les granulations sont peu développées, le nitrate d'argent promené sur les surfaces hypertrophiées produit de bons résultats.

Quelques praticiens méticuleux préfèrent commencer le traitement des granulations par de fréquens attouchemens avec un cylindre de sulfate de cuivre, et passer ensuite à l'emploi du nitrate d'argent. Cette méthode, qui eut Wetch pour auteur, n'a pas tardé à être abandonnée, parce que l'on a reconnu que le sulfate de cuivre ne jouissait d'aucune faculté escharotique, mais seulement d'une propriété astringente très prononcée, qu'il ne détruisait point les granulations, mais qu'il les affaissait et racornissait seulement, préparant ainsi une voie à leur endurcissement dont M. Fallot a si bien signalé, dans ces derniers temps, tous les inconvéniens.

MM. Florent Cunier, Fallot, Hairion, et quelques autres médecins belges, juges plus compétens que nous en semblable matière, préfèrent la cautérisation immédiate du nitrate d'argent, sans recourir préalablement à des caustiques moins actifs.

Voici les résultats obtenus par M. Hairion :

1° *Onguens et collyres.* — Sur 23 malades traités par les onguens et les collyres, dans aucun cas la guérison ne fut complète.

2° *Sulfate de cuivre en crayon.* — 123 malades ont été traités exclusivement par cette méthode; 83 guéri-

rent par ce moyen ; 26 conservèrent un relachement plus ou moins prononcé des conjonctives ; elles s'enflammèrent, s'épaissirent, s'hypertrophièrent. Les rechutes pendant les six mois qui suivirent la sortie de l'hôpital se trouvèrent dans les rapports de 1 à 12.

3° *Acide sulfurique.* — Ce traitement a eu des succès sur onze malades.

4° *Nitrate d'argent au crayon.* — 445 hommes ont été traités par ce moyen. — Guérison complète toutes les fois qu'on a pu poursuivre le traitement jusqu'au bout. — Les rechutes ont été plus rares (1).

Dans les différentes espèces d'ophthalmie purulente, et dans quelques cas de granulations commençantes, nous employons avec succès un *collyre sec*, composé de sulfate d'alumine et de potasse qu'on introduit dans l'œil à la dose de 10 à 15 grains, deux à trois fois par jour. Sans avoir la prétention de substituer ce sel à l'azotate d'argent, nous avons vu cependant des états purulens de l'œil, surtout dans l'ophthalmie des nouveaux-nés, disparaître comme par enchantement, et nous ne saurions trop engager nos confrères belges de le mettre en usage.

G. — *Excision.* — L'excision est loin d'être une méthode nouvelle ; déjà Reid l'avait employé. Les chirurgiens anglais, qui se sont occupés d'ophthalmie purulente dans ces derniers temps, se sont bien trouvés du conseil de Saunders, qui dès 1805 leur recommanda de tondre la conjonctive. Lorsque les granulations sont très profondes, cette méthode nous paraît moins favorable que la cautérisation, parce qu'il résulte de l'excision des pertes de substance qui outrepassent les tissus malades et qui produisent des cicatrices profondes, dures, et qui

(1) Annales d'oculistique. 1re série.

fatiguent les paupières. L'excision, lorsqu'elle doit être complète, offre encore le grave inconvénient de produire le renversement de la paupière en dedans, ce qui est arrivé plusieurs fois à Williams Adams.

Quant aux désordres de la cornée et de l'iris, voyez les maladies de ces deux membranes.

Quel que soit le résultat de l'emploi des topiques dans le traitement des granulations, on ne doit jamais négliger les médications internes qui peuvent faciliter la guérison et prévenir la récidive.

II. — *Professions.* — L'Ophthalmie égyptienne, à laquelle on a donné depuis 1798 le nom d'opthalmie des armées, parce qu'elle a régné dans les armées européennes, s'attache de préférence à la profession militaire et à toutes celles qui nécessitent de grands rassemblemens de personnes. Depuis quarante ans, la manière de faire la guerre a changé ; on a abandonné l'usage des tentes, on n'a point pris de quartiers d'hiver, et les armées ont été transportées souvent à marches forcées de l'extrémité d'un empire à l'autre ; voilà la raison pour laquelle les militaires se trouvaient si prédisposés à contracter l'ophthalmie, quel que fût son caractère primitif.

De simples agglomérations suffisent pour la faire développer, et c'est ainsi qu'à bord des navires destinés à l'homicide traite des noirs, elle s'est développée avec une intensité extrême.

I. — *Moyens prophylactiques.* — Il n'est pas facile d'employer des moyens prophylactiques dans une armée en campagne exposée aux intempéries de l'air, à une mauvaise nourriture, et à la transgression forcée des principales lois hygiéniques.

1° Toutes les fois qu'on le pourra, il faudra choisir

pour faire camper l'armée, un terrain salubre, peu exposé au vent, et surtout au brouillard du soir.

2° On favorisera par tous les moyens possibles la construction de barraques temporaires. Celles-ci seront construites de telle manière que la fumée n'y séjourne point quand on y fait du feu.

3° Il serait à désirer que pour la nuit chaque soldat eût une *cappe* que l'on fixerait temporairement à la capote, comme les Égyptiens et les Arabes en ont à leurs *bournous*.

4° Veiller à ce que la chaussure soit en bon état; on pourrait même la rendre imperméable au moyen d'un enduit graisseux particulier, composé ainsi que suit :

Prenez, suif	6 onces = 180 gram.
Cire	2 onces = 64 gram.
Huile de lin	2 onces = 64 gram.
Thérébentine de Venise.	2 onces = 64 gram.

Faites fondre le tout pour l'usage.

5° Après les marches forcées à travers la poussière, engager les soldats à se laver les yeux avec de l'eau légèrement acidulée.

6° Ralentir graduellement les marches à mesure qu'on approche de l'étape désignée, afin que les soldats aient moins chaud en arrivant, et par conséquent soient moins sujets aux affections catarrhales.

Voilà pour les armées en campagne ; quant aux garnisons, il faut :

1° Entretenir la plus grande propreté dans les casernes;

2° S'opposer à l'agglomération des individus dans les dortoirs et les corps de garde ;

3° Ne pas faire couper les cheveux trop près, et faire en sorte que le chirurgien puisse désigner d'avance les individus qui doivent être soustraits momentanément à

cette opération ; ce sont les hommes impressionables, sujets aux rhumes, aux coryzas, aux ophthalmies et aux inflammations de la gorge. Rien n'est plus absurde que cet ordre si souvent répété : *Demain on coupera les cheveux à tous les hommes de la compagnie* ; et cet ordre s'exécute, quelque temps qu'il fasse ; et cependant ceux qui dirigent la tonte des troupeaux ont bien soin de faire attention au temps qu'il fait et à la santé des animaux qui doivent être tondus..... !

4° Il serait à desirer que les soldats couchassent seuls ; on éviterait ainsi une des causes principales de transmission de la maladie d'individu à individu.

5° Tout soldat atteint d'ophthalmie sera envoyé à l'hôpital et ne rentrera à son corps qu'après guérison complète.

6° Il sera même nécessaire d'envoyer en semestre tous ceux dont les yeux ne seront pas complétement rétablis « de diriger sur des dépôts différens qui seraient disséminés dans toutes les provinces les hommes considérés comme en état de suspicion, et ceux qui seraient réellement infectés ; de ne réintégrer ces hommes dans leurs corps respectifs qu'après leur avoir fait passer un certain temps au sortir des dépôts dans des compagnies d'attente que l'on pourrait préposer à la garde des citadelles et des places fortes » (1).

7° Suivre les exemples des gouvernemens napolitain et russe, qui ont établi des hôpitaux spéciaux de traitemens et d'autres de convalescens ;

8° Distribuer aux soldats des petites doses d'acide citrique pour faire de l'eau froide acidulée avec laquelle ils seront obligés de se laver les yeux plusieurs fois par jour ;

(1) Caffe, sur l'ophthalmie régnante en Belgique, Paris, 1840.

9° Suspendre l'entrée des recrues dans les compagnies qui furent isolées;

10° Il sera bon de faire de temps en temps dans les casernes et les corps de garde des fumigations désinfectantes.

11° *Assainissement des soldats.*—«On n'y procédera qu'après avoir nettoyé une certaine quantité d'objets d'habillement et les avoir parfaitement désinfectés et assainis. Les hommes pourront être soumis aux désinfections tous les jours par petites escouades dans la salle des bains de l'hôpital, où l'on aura préparé deux ou trois cuves d'eau chaude, du savon noir et des brosses et des peignes en nombre suffisant. Trois ou quatre hommes y seront conduits en même temps et y déposeront leurs effets d'habillement, que l'on jettera immédiatement par la fenêtre pour être recueillis dans la cour et transportés dans un local séparé. Ces hommes se laveront depuis les pieds jusqu'à la tête avec de l'eau savonnée; ils se brosseront et peigneront la tête, ils quitteront ensuite la salle des bains, chaussés de souliers désinfectés et enveloppés dans des couvertures pour se rendre dans une chambre bien chauffée du rez-de-chaussée, où ils seront pourvus de chemises et effets sanifiés; ils éviteront toute espèce de contact avec la portion non purifiée de la troupe, et ils entreront immédiatement dans la caserne, où leur seront distribués des effets et armes déjà assainis (1).»

12° Il faut avoir soin que le soldat ne porte pas de buffletteries humides; c'est plutôt l'humidité qui s'en dégage après le nétoiement, que les substances employées à cet effet, qui peut influer sur l'œil.

(1) Rapport adressé au ministre de la guerre du royaume de Hanovre, sur l'ophthalmie contagieuse qui règne à Lingen, par M. le conseiller médical Spangenberg (*Annales d'oculistique*).

§ IV. — OPHTHALMIE GONORRHOIQUE.

SYN. — *Ophthalmo-Gonorrhée.*

Nous réservons le nom d'ophthalmie gonorrhoïque à celle qui se développe chez les individus atteints d'écoulement urétral.

Les symptômes sont absolument les mêmes que ceux de l'ophthalmie égyptienne. Leur marche est même plus rapide, et il n'est pas rare souvent de voir cette maladie désorganiser l'œil en moins de vingt-quatre heures.

Cette ophthalmie est produite par l'inoculation de la matière sécrétée et appliquée directement ou indirectement sur l'organe. Julliard, Carron du Villards, Lawrence, Lusardi, ont rapporté des faits très concluans de la transmission de cette maladie par l'usage d'éponges qui avaient servi à des individus infectés. Nous en avons observé deux cas.

Rien n'est plus rare que de voir une femme atteinte d'une ophthalmie gonorrhoïque, et cela par la seule raison que, par la nature de son organisation et de ses besoins, il ne lui est pas nécessaire de porter la main aux organes génitaux, ce que les hommes sont forcés de faire, soit comme moyen hygiénique, soit comme moyen thérapeutique, soit enfin pour satisfaire aux exigences de la nature.

Cependant, lorsque l'ophthalmie gonorrhoïque attaque la femme, elle offre la même intensité et les mêmes symptômes que chez l'homme. Aujourd'hui la doctrine des métastases a singulièrement perdu de sa valeur, et tous ceux qui ont observé un grand nombre d'ophthal-

mies blénorrhagiques l'ont toujours vu coïncider avec l'existence d'écoulement urétral. M. Julliard, dans un travail remarquable sur cette matière, a soutenu la même doctrine.

Traitement. — Au début, l'ophthalmie gonorrhoïque réclame le même traitement que la maladie égyptienne. Mais la violence des symptômes est telle que le chémosis est converti en un véritable étranglement local. On ferait périr un individu exangue sans obtenir l'affaissement des tissus étranglés ; c'est pour cette raison que M. Sanson a donné pour précepte, non seulement d'exciser largement le chémosis, mais encore de frapper de mort les parties qui résisteraient aux ciseaux en les cautérisant vivement avec du nitrate d'argent. Dans cette opération, il faut agir énergiquement, porter le caustique sur la muqueuse malade, ensuite bien asterger les paupières, afin de préserver la cornée du contact du caustique. Si la gonorrhée est disparue complétement, il faut la faire revenir à l'aide d'injections irritantes dans le canal de l'urètre, ou l'application de bougies imprégnées de la matière qui sort des yeux.

MM. Velpeau et Roux, reconnaissant l'analogie de l'écoulement oculaire avec celui qui existe dans l'urètre, ont cru devoir opposer à cette maladie le même traitement. Ils ont soumis leurs malades à l'usage du baume de copahu et du cubèbe. Mais ce traitement, qui est très rationel, n'est applicable que lorsque l'on a arrêté les phénomènes d'étranglement et d'inflammation.

Lorsqu'il reste des granulations, ce qui arrive fort souvent, on leur oppose le même traitement que pour l'ophthalmie égyptienne.

§ V. OPHTHALMIE MÉPHITIQUE.

SYN. — *Mitte.* — *Ophthalmie des vidangeurs.* — *Ophthalmie miasmatique.*

Nous avons donné le nom d'*ophthalmie méphitique* (1), à une espèce d'ophthalmie catarrhale produite par la mouphette *sui generis* qui se dégage pendant la vidange des fosses d'aisance et le curage des égouts, et qui affecte de préférence les vidandeurs et les cureurs de puits et d'égouts.

1° OPHTHALMIE MÉPHITIQUE DES VIDANGEURS.

De tous temps, les accidens auxquels les vidangeurs sont sujets, ont fixé l'attention des gouvernemens et des médecins philanthropes. Parmi les hommes qui par leurs travaux ont contribué à améliorer le sort de ces malheureux ouvriers, nous citerons particulièrement Ramazzini, Géraud, Hallé, Cazeneuve, Dupuytren, Parent du Châtelet, Barruel, MM. Thénard, Chevallier, Labarraque, d'Arcet, Alph. Sanson, Pâtissier, Derosne, Gourlier et Payen.

L'ophthalmie des vidangeurs fut décrite pour la première fois par Ramazzini, dans son immortel travail sur *les maladies des artisans*; Alibert en fait mention dans ses Nouveaux élémens de thérapeutique; Hallé et Dupuytren, dans différens rapports lus dans les sociétés

(1) S. Furnari, Lettre à M. Fl. Cunier, sur l'*ophthalmie méphitique des vidangeurs* (*Bulletin médical belge*, 1838).

savantes, la décrivirent avec beaucoup de soin; M. le docteur Decourtray, ancien médecin principal de l'armée belge, en a observé vingt cas en une matinée, après que les latrines de la caserne de Mons avaient été vidées. Cette opération se renouvela, il y a quelque temps, dans la même caserne, et huit hommes contractèrent des maux d'yeux évidemment produits par cette cause.

M. Florent Cunier a connu deux vidangeurs devenus aveugles par suite de cette maladie. Combien d'ophthalmies dues aux vidanges ne remarque-t-on pas en Belgique à l'époque où les agriculteurs ont l'habitude de jeter le pureau sur leurs terres?

Malgré l'autorité de tous ces observateurs, dans ces derniers temps, M. Sichel a douté de la fréquence de l'ophthalmie des vidangeurs «dont il a beaucoup entendu parler à Paris sans avoir jamais pu l'observer. (1)»

(1) Dans notre polémique avec M. Sichel, au lieu de dire: *Dans ces derniers temps M. Sichel a douté de la* FRÉQUENCE *de l'ophthalmie des vidangeurs,* nous avons dit qu'il avait douté de l'EXISTENCE de cette ophthalmie. Nous rectifions volontiers cette erreur en insérant la lettre qui nous a été adressée à ce sujet par notre honorable confrère, que nous avons attaqué peut-être un peu sévèrement, sans toutefois avoir omis de lui rendre toute la justice qu'il méritait pour la part qu'il avait prise, et la nouvelle impulsion qu'il avait donnée aux travaux ophthalmologiques modernes.

« A cette occasion, dit notre collègue, je dois rectifier une erreur que vous avez commise en analysant mon livre sur *l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose*, page 238. »

« Aux variétés de l'ophthalmie blennorrhoïque, appartient peut-« être encore l'ophthalmie des vidangeurs, dont nous avons beau-« coup entendu parler à Paris, sans avoir jamais pu l'observer. « Parmi tant de milliers de malades qui ont passé sous nos yeux « depuis douze ans, et que nous avons interrogés sur leur profes-« sion, nous n'avons pas trouvé un seul vidangeur. Cette circons-« tance nous force de douter de la *fréquence* de cette maladie, qui « probablement n'est qu'une ophthalmie catarrhale ou blennor-« rhagique entretenue et augmentée par l'action des émanations

Pour savoir à quoi nous en tenir sur la mitte des vidangeurs, dès l'année 1835, nous consultâmes les hommes qui s'occupent de salubrité publique, et les vidangeurs eux-mêmes, nous descendîmes dans des fosses d'aisance pendant leur curage, et nous constatâmes les observations que nous allons rapporter ici.

L'ophthalmie des vidangeurs était autrefois excessivement commune à Paris ; maintenant elle l'est beaucoup moins, grâce à la nouvelle construction des fosses, et aux nouveaux procédés employés pour leur curage. En descendant dans les fosses d'aisance, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir combien cette maladie devait être plus fréquente lorsqu'on enlevait sans précautions des matières animales putréfiées.

A peine est-on arrivé dans une fosse d'aisance, fut-elle même vidée depuis huit jours, que l'on se sent monter à la figure une évaporation irritante dont l'action se fait sentir aux yeux ; on est pris d'un sentiment dirrita-

« ammoniacales et délétères, auxquelles ces ouvriers sont ex-
« posés.

« Nous n'admettons point de différences essentielles qui distin-
« gueraient ces affections. »

» Vous voyez, Monsieur et honoré confrère, que je n'ai jamais nié l'EXISTENCE, mais bien la FRÉQUENCE de l'ophthalmie des vidangeurs. J'aurais dû dire *la fréquence relativement aux autres affections* oculaires pour lesquelles les malades viennent consulter, et de sa *violence* ; car il est un fait vraiment curieux, et que je prierai monsieur Szokalsky de vérifier avec beaucoup d'attention, que sur 7,000 à 8,000 malades à peu près inscrits sur les registres de ma clinique, il n'y a qu'un vidangeur. Ce fait prouve que cette ophthalmie doit céder à des moyens peu énergiques. Le sens du passage cité de mon ouvrage est d'ailleurs que cette ophthalmie n'a rien de bien particulier, et n'est probablement qu'une variété de l'ophthalmie catarrhale.

Agréez, etc. »

SICHEL.

tion très vive accompagnée d'un larmoiement assez abondant, qui calme pendant un instant l'irritation, mais celle-ci reparaît de plus belle, et l'on éprouve dans l'œil une sensation analogue à celle qu'occasionne l'introduction d'un grain de sable entre le bulbe et les paupières. Cette sensation est si forte, si tenace, que l'on ne peut s'empêcher de se frotter les yeux, afin de les débarrasser de l'hôte incommode que l'on y croit logé ; elle persiste encore pendant une heure ou deux après la sortie du foyer miasmatique.

On peut donc comprendre facilement ce qui doit se passer dans la conjonctive des hommes qui, par leurs occupations, se trouvent continuellement exposés à une irritation aussi forte. Ajoutons à cela que les vidangeurs travaillent presque toujours la nuit, et qu'en interrompant l'harmonie de leurs fonctions cutanées, ils décuplent les causes qui tendent à développer chez eux l'effet catarrhal qui se manifeste sous diverses formes en raison de l'ancienneté et de la gravité de la maladie.

Les vidangeurs assignent eux-mêmes à cette maladie trois périodes bien distinctes. La première est celle du début de l'irritation, du larmoiement, et que, pour cette raison, ils appellent *mitte humide* ; la seconde, qui se montre avec des phénomènes de pyorrhée accomplissant ses diverses phases, est connue sous le nom de *mitte grasse* ; la troisième enfin est la *mitte indolente* ou *tardive* (1), c'est-à-dire amenée par le temps et la chronicité à un état tel qu'il n'y a plus de larmoiement, très peu

(1) La *mitte tardive* n'attaque l'ouvrier que deux ou trois nuits après le travail ; elle se manifeste rarement pendant le jour ; elle commence toujours par un mal de front que les vidangeurs parisiens appellent *le fronton*.

de sécrétion muqueuse, mais par contre le passage de la conjonctive de l'état normal a un état granulé, en tout semblable à celui que l'on a considéré à tort comme un des symptômes caractéristiques de l'ophthalmie catarrhale connue sous les noms d'*égyptienne*, *belge*, etc.

Toutes les fois qu'un vidangeur n'a point eu sa conjonctive ainsi transformée, la maladie disparaît d'elle-même lorsqu'il interrompt son travail pour embrasser une autre profession. Ces hommes savent si bien que cette maladie est inhérente à leur profession, qu'ils s'abstiennent de recourir à la médecine, à moins que la maladie ne fasse des progrès. Voilà sans doute pourquoi M. Sichel n'a pas observé d'ophthalmie de cette espèce.

Ceux qui sont atteints de cette maladie sont connus sous le nom de *mitteux*. Désagréable, incommode, la *mitte* a cela de favorable qu'elle ne fait point perdre la vue, à moins de quelque circonstance fortuite qui vienne aggraver la maladie. Cela paraît d'autant plus extraordinaire, que les vidangeurs ne sont pas des modèles de sobriété et qu'ils aiment à *alcooliser les miasmes* pour en neutraliser l'effet. Ainsi, j'ai vu des vidangeurs qui ne descendaient jamais dans une fosse sans avoir bu préalablement *un litre* de vin ; ils m'ont même assuré que c'était le moyen prophylactique *le plus sûr* contre le méphytisme....!

Traitement. — D'après tout ce qui précède, il est inutile de tracer ici le traitement de la *mitte* et des *mitteux*, les indications étant les mêmes que pour l'ophthalmie catarrhale blennorrhoïque et ses différentes périodes.

Lorsqu'il existe des granulations, on leur oppose les mêmes moyens que nous avons indiqués à l'article ophthalmie égyptienne, Depuis quelques années, M. Carron

du Villards a proposé les insufflations faites avec une poudre composée ainsi que suit :

Prenez :

Charbon animal,	1 gros	= 4 gram.
Poudre imperceptible de suie,	24 grains,	= 1 gram. 20 centigr.
Nitrate d'argent fondu,	22 grains,	= 1 gram. 10 centigr.

Mêlez.

Le lit, la chambre, les alimens chauds et le vin accroissent les souffrances de ceux qui en sont attaqués, les vidangeurs mitteux ont l'habitude de boire froid et d'appliquer des compresses d'eau fraiche sur les yeux ; ces moyens suffisent quelquefois pour guérir une mitte simple.

Moyens prophylactiques. — Les moyens prophylactiques pour prévenir l'ophthalmie méphitique des vidangeurs, consistent dans l'emploi des meilleurs procédés mis en usage pour la vidange dans les fosses; ces procédés consistent dans la séparation des matières fécales en solides et liquides (fosses mobiles); et dans la vidange des fosses, faite par le procédé de M. Payen, qui consiste dans l'emploi d'une poudre noire qui désinfecte les matières fécales. Ce procédé offre les avantages suivans :

1° De ne plus avoir à craindre dans les maisons, lors de la vidange des fosses, des émanations infectes qui souvent donnent lieu à l'altération des bronzes, des tableaux de l'argenterie et quelquefois à des phénomènes précurseurs d'asphyxie.

2° Dans la facilité d'obtenir de suite avec les matières solides un engrais qui n'a pas besoin, comme la poudrette, d'être longuement desséché sur le sol, et gar-

dant pendant le temps de sa dessication, des émanations infectes.

3° Dans la facilité qu'il y a d'opérer la vidange des fosses le jour comme la nuit, et de pouvoir déposer partout ce nouvel engrais, sans qu'il y ait danger pour la salubrité publique.

5° Enfin nous avons pu nous convaincre par notre propre expérience, qu'à l'aide de ce moyen on a obtenu une diminution notable, non-seulement dans les ophthalmies et le *plomb* (1), mais encore dans les autres maladies qui affectent particulièrement les vidangeurs.

2° OPHTHALMIE MÉPHITIQUE DES ÉGOUTTIERS.

Les ouvriers qui travaillent dans les égouts sont exposés à des accidens fort graves; ces accidens varient selon la nature des matières qui se trouvent en putréfaction; en effet ces canaux reçoivent toutes les eaux devenues superflues et avec elles tout ce qui couvre la surface des villes, les boues et les débris des végétaux, les chiens et les chats morts, beaucoup d'excrémens et la matière des fosses d'aisance de plusieurs maisons. La matière des égouts diffère encore suivant les métiers qu'on exerce dans le quartier, tels que ceux de blanchisseur, teinturier, tanneur, boyaudier, etc. Les immondices de boucherie donnent lieu à une fermentation putride et à des émanations délétères, en tout semblables à celles

(1) On a donné le nom de *plomb* à une espèce d'asphyxie produite par les émanations miasmatiques des fosses d'aisance; cette affection qui commence par des douleurs à l'estomac, des maux de tête et des convulsions, finit par le délire, les convulsions générales, le rire sardonique et la mort.

des sépultures; toutes ces matières forment un dépôt nommé *molange* qui s'attache aux parois des égouts, les obstrue et nécessite qu'on les nettoie de temps en temps. Lorsque les ouvriers recurent ces dépôts, il se dégage parfois des vapeurs tellement délétères qu'ils tombent en asphyxie.

L'accident le plus commun que les membres de la commission chargée de faire exécuter le curage de différens égoùts de Paris, commission ont observé chez les égouttiers est l'ophthalmie, tantôt déterminée par l'action directe de la boue des égouts, tantôt par l'impression des gaz échappés de cette boue lorsqu'on la remuait ou lorsqu'on la transportait.

Chez plusieurs ouvriers l'ophthalmie fut très intense; plusieurs, entre eux qui n'ont pas eu la précaution de se laver les yeux après l'impression de la vase ou du sable qu'ils y reçurent, y ressentirent, quelques momens après l'application de ces corps étrangers, une douleur fort vive qui s'accompagna de rougeur et s'accrut successivement au point qu'il leur fut impossible de dormir dans la nuit; les dérivatifs de toute espèce, les lotions et les applications adoucissantes, tous les moyens employés dans cette circonstance n'apportaient aucun soulagement; les saignées, les sangsues appliquées aux tempes ne firent qu'aggraver le mal; un d'eux, nommé Coignard, fut pris d'accidens cérébraux; on craignit pendant long-temps que l'organe malade ne se perdît entièrement, car l'inflammation ne s'est pas bornée à la seule conjonctive qui formait un bourrelet autour de la cornée; elle gagna cette dernière membrane, pénétra jusque dans la chambre antérieure et fit redouter soit un hypopyon, soit la suppuration du globe même de l'œil; mais enfin les accidens s'arrêtèrent et tout rentra dans l'ordre au moyen de dix

saignées qui lui furent pratiquées, de plusieurs sétons qu'on lui mit au cou et de divers moyens usités en pareille circonstance.

Cette ophthalmie survenait tout à coup sans qu'on pût la prévoir ou en saisir la cause déterminante; son caractère était une cuisson excessive des deux yeux avec larmoiement très abondant et fort souvent cécité presque complète; il fallait alors faire sortir l'ouvrier de l'égout, ce qui souvent était fort difficile, le mener jusqu'à l'endroit où l'on pouvait lui administrer les secours dont il avait besoin ou le reconduire chez lui.

En examinant les yeux on les trouvait injectés très légèrement, on n'y voyait pas de vaisseaux, mais une teinte rosée généralement répandue, tant sur la conjonctive oculaire que sur la conjonctive palpébrale; l'éclat de la lumière augmentait la douleur et forçait le malade à tenir les yeux fermés; il existait aussi un besoin irrésistible d'y porter les doigts et d'y exercer toujours des frottemens, ce qui aggravait la douleur et faisait couler les larmes en très grande abondance.

Dans les premiers jours on se contenta de bassiner les yeux avec de l'eau fraîche aiguisée d'eau-de-vie, de renvoyer les malades chez eux avec ordre de se reposer jusqu'à parfaite guérison; ordinairement vingt-quatre heures d'interruption des travaux suffisaient pour rétablir les yeux dans leur état ordinaire (1).

M. Chevalier, qui fut alors chargé par le préfet de surveiller ces espèces de travaux, ayant fait un grand nombre de tentatives pour employer les collyres les plus con-

(1) Rapport de Parent Duchâtelet au nom d'une commission chargée en 1836 de faire exécuter le curage des égouts Amelot, de la Roquette, Saint-Martin, etc.

venables, il ne tarda pas à trouver que les toniques et les astringens avaient seuls une action suffisante, et que les adoucissans et les émolliens ne faisaient que prolonger le mal. Aussitôt qu'un ouvrier se sentait mal aux yeux il quittait les travaux, allait à la tente ou y était conduit par un autre; il se lavait les yeux d'abord avec de l'eau fraiche, puis avec le collyre, qui était toujours préparé en quantité suffisante et à la portée de tous les ouvriers. L'action de ce moyen fut si efficace que l'on a vu un grand nombre de fois ces hommes reprendre leurs travaux après une ou deux heures d'interruption et de repos; et ce qui était plus curieux, la rougeur, la cuisson et tout ce qui caractérise cette espèce d'ophthalmie ne reparaissait pas lorsque l'ouvrier rentrait dans l'atmosphère qui avait occasionné cette indisposition; ce n'était qu'après deux, quatre ou huit jours qu'il survenait une ophthalmie semblable à la première. Presque tous les ouvriers ont été affectés de cette maladie, que du reste nous considérons comme une simple ophthalmie catarrhale à peu près semblable à la *mitte sèche* des vidangeurs. Ni la température, ni les localités, ni l'ancienneté de la boue, ni l'âge, ni le tempérament n'ont paru apporter de différence dans sa manière d'agir; on l'a observée aussi souvent en hiver qu'en été, sous les voûtes basses, étroites et mal aérées que sous les mieux disposées, chez les anciens que chez les nouveaux ouvriers, aussi souvent enfin dans les égouts encombrés depuis une à deux années que dans ceux qui l'étaient depuis plus de quarante ans (1).

Quoi qu'il en soit les circonstances particulières du

(1) Dictionnaire de Médecine Usuelle, vol. 1, *Maladie des égouttiers*, par MM. Chevalier et Furnari.

curage spécial de ces égouts en 1826 a été pour beaucoup au développement de cette ophthalmie, puisque aujourd'hui, tant dans les hôpitaux que dans les dispensaires ophthalmologiques, il est rare de voir des égouttiers affectés d'ophthalmies, ou de conjonctivites.

Traitement et moyens prophylactiques. — Dans le traitement des maladies des cureurs d'égouts, Ramazzini conseille de rétablir la transpiration cutanée au moyen de frictions sèches et de bains composés de plantes aromatiques telles que les feuilles de sauge, de lavande, de fleurs de romarin; il recommande d'*épargner* le sang de ces ouvriers et de préférer à la saignée l'application des sangsues. On ne doit employer que des purgatifs légers, de peur d'abattre les forces déjà très affaiblies.

Les exhalaisons des égouts formées le plus souvent par le gaz acide carbonique, le gaz azote, l'oxide de carbone et l'hydrogène sulfuré frappent d'asphyxie les ouvriers qui descendent sans précaution dans leur intérieur; lorsqu'un égouttier est atteint d'asphyxie, il faut le retirer le plus promptement possible, l'exposer en plein air, le mettre tout nu et le laver avec de l'eau fraîche.

Il faut éviter de donner aux ouvriers des boissons vinaigrées, ou de leur faire aspirer pendant longtemps du vinaigre pur, par la raison que l'hydro-sulfate d'ammoniaque étant une substance qui se trouve en très grande quantité dans les égouts, ce sel peut être décomposé par l'acide acétique qui s'empare de son ammoniaque et laisse à nu l'acide hydro-sulfurique; cette décomposition s'opérant continuellement à la surface de la peau et dans l'intérieur des poumons, on est sûr de mettre les ouvriers dans les conditions les plus désavantageuses,

tout en voulant leur être utile, puisque l'acide hydro-sulfurique tue bien plus facilement et plus promptement que l'hydro-sulfate d'ammoniaque quand celui-ci est seul.

L'opthalmie des égouttiers est moins fréquente qu'autrefois; cela est dû : 1° A la bonne direction donnée par l'administration; 2° A l'activité imprimée par l'entreprise, et surtout à la facilité actuelle du curage, qui est due à la grande quantité d'eau que les bornes fontaines, établies depuis peu dans les rues, versent dans les égouts.

L'abondance des eaux claires qui sont maintenant déversées dans les égouts a le double avantage de rendre le curage bien plus facile et moins dispendieux et de prévenir les accidens qui menaçaient la santé des ouvriers; aussi est-il rare aujourd'hui qu'un ouvrier se trouve indiposé pendant le service, ce qui arrivait fréquemment lorsqu'il fallait traîner à force de bras et presque à sec les masses de vase sans liquide qui s'accumulaient dans l'espace d'un curage à un autre sur le *radier* des égouts qu'on ne pouvait alors laver à grande eau comme aujourd'hui.

---

§ VI. AFFECTIONS SCROFULEUSES DE L'OEIL.

On ne saurait le méconnaître, l'affection scrofuleuse, soit qu'on la considère comme maladie spécifique, soit qu'on la regarde comme prédominance du système lymphatique, joue un grand rôle dans la production des maladies oculaires.

1° BLÉPHARODÉNITE SCROFULEUSE.

SYN. — *Ophthalmie scrofuleuse.* — *Ophthalmie lymphatique.* — *Ophthalmie strumeuse.* — *Blépharite scrofuleuse.*

A. — *Siége et symptômes.* — C'est surtout sur la conjonctive oculo-palpébrale, sur les glandes de meïbomius et sur la cornée que l'on observe les effets de l'affection scrofuleuse. Cette ophthalmie a beaucoup de symptômes qui lui sont communs avec la blépharite catarrhale, tels que le prurit, la tuméfaction et la rougeur de la marge des paupières. Mais dans l'affection scrofuleuse, ces symptômes sont immédiatement suivis de douleurs assez vives, de gonflement des glandes de meïbomius, d'épiphora abondant, d'un blépharospasme très prononcé et surtout d'une photophobie très intense et, qui n'est expliquée par aucune lésion apparente.

Dans les premiers jours de la maladie il y a une sécrétion muqueuse plus épaisse et plus grasse que dans l'affection catarrhale simple. Il arrive souvent que le bord des paupières est recouvert de petites tumeurs dures, bosselées qui s'abcèdent souvent et viennent s'ouvrir le long des cils, la matière est jaune, gluante, elle s'attache sur les cils et y forme des plaques résistantes jaunes que l'on a mal à propos confondues avec des sycoses. Lorsque l'on a enlevé ces petites plaques de matière agglomérée, on trouve le long des cils de petites ulcérations fistuleuses qui se rendent aux glandes de meïbomius.

Pendant longtemps l'affection scrofuleuse des paupières peut exister sans se transmettre à la conjonctive du globe; dans d'autres cas au contraire, l'inflammation se transmet de suite à la conjonctive du bulbe,

l'injection est peu considérable, elle se compose de gros vaisseaux superficiels et isolés qui partent de la commissure, qui se terminent par une pustule qui s'affaisse et s'ulcère, et laisse une petite cavité comme la pustule varioleuse, c'est la forme qui donne le plutôt lieu à l'épiphora et à la photophobie. Travers pense que ce dernier symptôme n'est absolument que sympathique.

B. — *Durée et terminaison.* — L'inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale a en général une durée fort longue ; elle est sujette à de fréquentes récidives et surtout à des recrudescences. Les pustules déterminent souvent des ulcères perforans, des ramollissemens de la cornée et son obscurcissement ; les ulcérations du bord des paupières sont très rebelles et constituent une maladie très désagréable, chez les jeunes personnes surtout, et que l'on appelle vulgairement *sycosis* des paupières ; à la suite de laquelle les bulbes des cils s'ébranlent, tombent ou se couvrent d'aspérités jaunâtres d'autant plus difficiles à faire tomber qu'elles sont presque insolubles dans l'eau et que ce n'est que par l'application de substances grasses que l'on peut les détacher.

C. — *Pronostic.* — Le pronostic est subordonné à la gravité de la maladie générale, et aux moyens thérapeutiques employés pour la combattre. L'ophthalmie scrofuleuse n'a de facheuse terminaison que lorsqu'on la néglige et qu'on la traite peu convenablement.

D. — *Causes.* — Les causes qui produisent l'ophthalmie scrofuleuse sont les suivantes : la mauvaise nourriture, les habitations insalubres, le travail forcé précoce, ainsi que l'a bien observé M. Villermé, dans ses importantes recherches sur la santé des ouvriers ; la nature du climat joue aussi un très grand rôle dans la production de l'ophthalmie scrofuleuse. Les fièvres exanthématiques

qui se terminent brusquement, occasionnent très souvent l'ophthalmie scrofuleuse.

Dans les climats septentrionaux l'ophthalmie scrofuleuse est plus fréquente que dans les pays chauds. D'après Beer et Weller, à Vienne, sur 100 ophthalmies 80 sont scrofuleuses. Dans le nord de l'Allemagne, le rapport des ophthalmies scrofuleuses aux autres maladies paraît être presque aussi considérable. A Paris, nous avons observé que dans les quartiers populeux et insalubres, sur 100 ophthalmies, il y a environ 50 ophthalmies simples ; 10 ophthalmies scrofuleuses proprement dites, et 40 ophthalmies catarrho-strumeuses.

E. — *Traitement.* — Il y a deux choses principales à considérer dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse; la première consiste dans le traitement des symptômes locaux existans au moment où l'on est appellé, et l'autre dans le traitement des symptômes généraux ou constitutionnels; car il serait irrationnel de vouloir guérir une maladie attribuée à des causes générales en ne traitant que les symptômes locaux.

On satisfera à la première indication en arrêtant les phénomènes inflammatoires par les antiphlogistiques locaux et généraux; les enfans scrofuleux supportent beaucoup mieux qu'on ne le croirait généralement les évacuations sanguines; ce serait cependant une faute grave de les pousser trop loin. Chez les enfans il faut placer les sangsues derrière les oreilles, à la nuque et le long de la veine jugulaire. Placées dans le pourtour des paupières et aux tempes ces annélides provoquent presque toujours les phénomènes de gonflement et d'érysipèle pour la plupart des cas nuisibles.

« Je ne saurais trop m'élever, dit M. Carron du Vil-

lards (1), contre la fâcheuse habitude de placer les sangsues dans les pourtours de l'œil; presque toujours leur morsure produit une inflammation, ou tout au moins un œdème traumatique de la peau qui recouvre les paupières. Bien souvent je fais placer dans l'intérieur de la narine de ces annélides; deux suffisent pour produire une évacuation sanguine très abondante.» On le voit, l'usage d'appliquer les sangsues dans les narines contre les ophthalmies est très ancien; cependant nous avons été étonné de voir dans un des derniers numéros du *Bulletin de thérapeutique* (juillet 1840) un article de certain médecin qui considérait comme une *nouveauté* l'application des sangsues dans les narines contre les ophthalmies.

Ware et Scarpa comptaient beaucoup plus sur les purgatifs doux et répétés que sur les évacuations sanguines; l'un employait la rhubarbe en poudre; l'autre, le sulfate de potasse. On combat le blepharospasme et la photophobie par des onctions d'onguent napolitain belladoné.

Lorsque la conjonctive oculaire est enflammée et qu'il s'y manifeste des abcès, chez les sujets peu irritables et d'une constitution faible, il convient de favoriser leur ouverture par la préparation suivante. (Weller.)

Prenez :

Perchlorure de mercure	1/2 grain — 2 centigr. 1/2
Eau de roses	4 onces — 125 gram.
Laudanum de Sydenham	1/2 gros — 2 gram.
Mucilage de gom. arabique.	3 gros — 12 gram.

On emploie ce mélange tiède pour bassiner les yeux quatre ou cinq fois par jour.

(1) De la kératite scrofuleuse. — *Bulletin clinique*. — 1836.

Quant au traitement topique, il est assez difficile à employer, les enfans éprouvant une grande répugnance pour l'application des collyres et des pommades. Toutes les fois qu'on le peut, il faut faire avorter les pustules en les touchant avec un pinceau chargé de nitrate d'argent, non-seulement on arrête leur développement, mais encore l'ulcération qui est toujours la suite de la pustule. Ce qu'il y a de remarquable c'est que la photophobie diminue en raison du nombre et de l'étendue des pustules que l'on a fait avorter. Il faut presque toujours aussi recourir aux caustiques pour faire cicatriser les ulcérations du bord libre des paupières en faisant pénétrer le caustique dans les trajets fistuleux qui se rendent aux glandes de meïbomius. Il faut diminuer la lumière de la chambre; poser devant les yeux un garde-vue; mais c'est un tort que de placer les enfans dans une profonde obscurité, qui augmente toujours leur aversion pour la lumière.

Si l'on arrive trop tard pour faire avorter la pustule et que l'on trouve à sa place une ulcération qui revêt presque toujours des formes perforantes, il ne faut pas hésiter à la toucher avec un crayon de nitrate d'argent fondu. L'expérience de Scarpa a prouvé que c'était le meilleur moyen d'arrêter l'ulcération et de la faire cicatriser. Les collyres opiacés réussissent quelquefois, ainsi que ceux de nitrate d'argent; c'est leur continuation surtout qui produit des résultats avantageux.

Dans les ophthalmies scrofuleuses compliquées de l'ulcération de la conjonctive et de la cornée on peut faire usage, trois à quatre fois par jour, d'un collyre ioduré préparé d'après la formule suivante.

Prenez :

Eau de roses 1 once — 32 gram.

Iodure de potassium	5 grains — 25 centigr.
Iode	1 grain — 5 centigr.

Mêlez.

Quant au traitement général, il consiste, non-seulement dans l'administration de médicamens capables de modifier la prédominance du système lymphatique, mais encore dans la direction que l'on donne à l'hygiène du malade. Pour remplir l'indication curative l'on a recours à l'administration de l'iode sous diverses formes, de l'étiops minéral, de mercure doux et surtout des préparations d'or; tous ces médicamens doivent être administrés avec de grandes précautions afin de ne pas fatiguer les organes.

M. le docteur Sichel préconise les pilules altérantes de Plummer (composées de parties égales de colomélas et de soufre doré d'antimoine), à la dose d'un demi-grain, trois à quatre fois par jour; d'après cet ophthalmologiste, les pilules de Plummer « sont un excellent remède dans le traitement des enfans atteints d'affections scrofuleuses; elles établisssent une transition aux préparations plus énergiques d'iode qui ne trouvent principalement leur emploi que chez les constitutions phlegmatiques et torpides. »

Dès l'année 1834, M. Carron du Villard et moi nous avons employé au dispensaire ophthalmique une médication un peu énergique, il est vrai, mais presque toujours sûre, contre les ophthalmies, et surtout contre les kératites scrofuleuses les plus opiniâtres.

Ce traitement consiste à faire raser la partie supérieure du cuir chevelu pour pratiquer partiellement des frictions avec la pommade stibiée légère, ce qui ne tarde point à faire paraître une éruption salutaire dont les effets sont très marqués, en ce qu'ils ressemblent davan-

tage aux éruptions naturelles (gourme) dont la plupart des enfans lympathiques sont ordinairement en proie, et dont la suppression coïncide presque toujours avec l'existence de l'affection oculaire. On pansera les petites pustules du cuir chevelu avec de la poirée et du beurre frais non salé; quand l'éruption tend à dessécher et que l'affection oculaire n'est pas encore disparue, on fera le pansement avec trois parties de beurre et une partie de pommade stibiée. Cette éruption artificielle, quoique très douloureuse, offre tous les avantages des vésicatoires sans en avoir les inconvéniens.

Chez les adultes, on peut employer une pommade stibiée un peu plus forte, et ajouter dans la totalité de la pommade de 2 à 3 grains de deutochlorure de mercure; on fera des frictions toutes les quatre heures pendant deux à trois jours.

En même temps on donne aux malades une cuillerée le matin et une le soir de sirop de Bélet, des boissons amères et fortifiantes telles que le vin de quinquina, l'infusion de brous de noix; et la petite bierre pour les enfans. Il suffit quelquefois de faire changer le régime alimentaire des malades pour produire une amélioration dans l'état des yeux.

Nous employons avec succès la solution préparée d'après la formule suivante :

Prenez :

Eau de fontaine	X onces — 320 gram.
Hydriodate de potasse	j gros — 4 gram.
Iode	jjj grains — 15 centigr.

Mêlez.

Une cuillerée à bouche matin et soir dans un verre de tisane de houblon.

2° KÉRATITE SCROFULEUSE.

A. *Siége et symptômes.* — La kératite scrofuleuse, ou inflammation scrofuleuse de la cornée, peut se développer de deux manières :

Tantôt on observe une ou plusieurs pustules qui terminent les vaisseaux sanguins de la cornée, s'ulcèrent et s'entourent d'un cercle inflammatoire analogue à l'auréole d'un bouton de petite vérole; cette inflammation auréolaire de la cornée se présente sous la forme d'un nuage gris-mat, quelquefois un peu verdâtre. L'auréole de deux pustules suffit presque pour envahir toute la cornée.

Dans d'autres circonstances, lorsque la conjonctive scrofuleuse a été violente et transmise à la sclérotique, la cornée s'obscurcit tout à coup, elle paraît dépolie, légèrement rugueuse, après quelques jours elle se boursouffle et on dirait que ses lames sont soulevées par des épanchemens interlamellaires.

Dans les deux espèces de développement dont nous venons de parler, il y a une tendance marquée au ramollissement qui n'existe pas dans la kératite ordinaire. Cette tendance du ramollissement est encore augmentée par le blepharo-spasme et la contraction des muscles de l'œil qui agissent sur les humeurs de l'œil et allongent sa sphère antérieure, ce qui donne à l'œil humain un peu de ressemblance à celui des oiseaux du genre stryx, ainsi que l'a démontré le docteur Carron du Villards. Le malade éprouve des douleurs assez vives dans la région antérieure de l'œil, surtout lorsque le rebord tranchant du cartilage tarse vient heurter la cornée.

La kératite scrofuleuse est toujours accompagnée de larmoiement très abondant et de photophobie.

B. *Durée et terminaison.* — Cette maladie se termine très souvent par des épanchemens interlamellaires, des ulcérations suivies de la hernie de l'iris, par des cicatrices profondes et par une affection de la cornée connue sous le nom de *staphylome.*

C. *Pronostic.* — L'inflammation scrofuleuse de la cornée n'est grave qu'en ce que l'on est rarement appelé en temps utile pour la traiter, et qu'alors on a déjà à faire à des ramollissemens ou à des ulcérations; la fréquence des récidives doit être pour beaucoup dans le pronostic que l'on doit faire sur la terminaison de la maladie.

D. *Causes et traitement.* — Les mêmes que pour l'ophthalmie scrofuleuse.

3° IRITIS SCROFULEUSE.

Lorsque l'inflammation scrofuleuse de la cornée est profonde, la membrane de l'humeur aqueuse ne tarde pas à se prendre. C'est par ce moyen que se développe l'*iritis scrofuleuse.* Cette membrane se décolore légèrement et paraît nébuleuse; ce dernier symptôme, du reste, pourrait bien être le résultat de la perte de la transparence de la cornée et de l'humeur aqueuse; cette espèce d'iritis est toujours consécutive à une maladie de la cornée; elle est rare cependant chez les jeunes enfans; et même lorsqu'elle apparaît chez les adultes, ses caractères sont si peu tranchés qu'un certain nombre d'auteurs en nie l'existence. Pour nous, elle n'est qu'une affection secondaire, et, par conséquent, son traitement est une combinaison de celui de l'iritis phlegmoneuse, et de celui de l'ophthalmie scrofuleuse.

P. *Professions.* — Les affections scrofuleuses de l'œil

attaquent de préférence les enfans dont les pères exercent des professions insalubres ; nous les avons observées en outre chez les enfans des blanchisseuses, des repasseuses, des lessiveuses et des marchands de vieux habits. Cette maladie sévit fréquemment chez les enfans que l'on nomme *rattacheurs* et qui sont employés dans les grandes filatures de laine et de coton. Ces enfans passent une partie du jour dans les localités humides, mal éclairées, et dont l'atmosphère est imprégnée de matières animales qui s'échappent de l'huile rance des *métiers*.

Les petits-enfans employés à dévider les soies, et connus à Lyon sous le nom de *canuts* sont par les mêmes raisons très sujets à cette maladie; quant aux sycosis des paupières, nous l'avons observé fort souvent chez les cardeurs de laine et de coton, chez les batteurs de matelas et de tapis, et chez les plâtriers et les amidonniers.

G. *Moyens prophylactiques.* — Le changement de climat suffit quelquefois pour guérir les affections de l'œil de nature scrofuleuse et rebelle : c'est surtout sur les enfans anglais transplantés dans les Indes, dans les îles de l'archipel Ionien et sur les plages de Malte, que l'on observe ces heureux résultats.

Les blanchisseuses, les repasseuses, etc., devraient s'abstenir de faire coucher leurs enfans dans les lieux où elles exercent leurs métiers, car les évaporations chaudes et humides sont une cause occasionnelle de l'affection dont nous venons de parler.

Quant aux enfans dont les pères exercent une profession insalubre, il serait convenable de soumettre les habitations à des fumigations de chlore et autres moyens désinfectans, et il serait à désirer que dans les villes manufacturières, il y eût une espèce d'édilité qui s'occupât activement des intérêts sanitaires du peuple; son premier

devoir serait de surveiller les habitations qui sont quelquefois à elles seules la cause productrice d'un grand nombre d'affections oculaires.

On doit recommander à ceux qui sont exposés à la poussière des substances végétales, animales et minérales de se laver souvent les yeux avec une éponge imbibée d'eau acidulée.

Quant aux enfans qui travaillent dans les manufactures, il faut une voix plus puissante que celle d'un médecin, pour faire disparaître les causes qui détériorent leur constitution par des travaux exagérés et au-dessus de leur âge. Aussi longtemps qu'on ne s'occupera pas sérieusement de la condition morale et physique des classes ouvrières, le sort de ces malheureux enfans sera le même. Espérons que le gouvernement fera droit aux nombreuses réclamations qui lui ont été adressées, notamment par les industriels de l'Alsace, et que tout en conservant les sources de la richesse publique, il s'occupera de faire cesser les abus auxquels donne lieu l'emploi des jeunes enfans dans les manufactures.

Voici ce que nous disions à ce sujet dans le journal l'*Esculape* :

« Une question souvent agitée et qui touche à deux grands intérêts, la santé et la moralité des classes laborieuses, s'est reproduite samedi 15 juin à la chambre des députés. Nous regrettons que nos confrères de la presse médicale aient laissé passer sans discussion, au moins sommaire, un point aussi important que celui de l'influence du travail prématuré sur la santé et l'avenir des ouvriers.

« Les membres du conseil d'administration de la société industrielle de Mulhouse, la société pour l'encouragement de l'instruction primaire parmi les protestans de France,

ont demandé à la chambre des mesures nécessaires contre l'excès du travail qui est imposé aux enfans dans les filatures. Les pétitionnaires pensent que le seul moyen de prévenir les tristes conséquences auxquelles donne lieu le travail forcé et anticipé serait de fixer l'âge auquel les enfans pourraient être employés dans les manufactures.

« Dans notre numéro du 11 juin 1839, en parlant des affections scrofuleuses de l'œil, nous avions déjà signalé les mêmes abus, en faisant observer que cette maladie sévissait chez les enfans que l'on nomme *rattacheurs*, et qui sont employés dans les grandes filatures de laine et de coton, et chez les enfans employés à dévider la soie et connus à Lyon sous le nom de *canuts*. L'intérêt que la chambre a pris pour cette importante question, les lumières apportées à la discussion par les représentans des deux principales villes manufacturières de France, MM. Fulchiron et Barbet, l'engagement pris par le ministre du commerce d'entretenir la chambre à ce sujet à l'ouverture de la session prochaine, prouvent assez la légitimité de nos vœux et la vérité de nos observations.

« Le seul moyen d'arriver à une réforme reconnue nécessaire serait effectivement celui indiqué par les pétitionnaires de Mulhouse, c'est-à-dire de fixer par une mesure législative l'âge auquel les enfans pourraient être employés dans les manufactures. On sait que dans certains ateliers on admet les enfans avant l'âge de huit ans et quelquefois depuis l'âge de six ans; que leurs forces corporelles n'ont point encore à cette époque de la vie acquis un développement suffisant pour le travail auquel ils sont assujétis; que cependant on les retient *quinze* et quelquefois *dix-sept heures* par jour, fixés à la même occupation, en ne leur laissant qu'une heure et demie

de repos pour prendre leur nourriture ; que se trouvant privés à un âge aussi tendre de toute culture intellectuelle et morale, ils végètent sans instruction, étrangers aux affections qui auraient pu se développer dans la famille, aux sentimens religieux et à tout ce qui constitue la dignité et le bonheur de l'homme.

L'opinion unanime des militaires est que la population de fabrique est en général moins vigoureuse que celle des campagnes. Les documens officiels rassemblés par l'administration de la guerre prouvent en effet que les réformes sont bien plus nombreuses dans la première classe que dans la dernière. En 1837, le nombre des jeunes gens inscrits pour le recrutement de 80,000 hommes s'est élevé à 409,516. Il a été réformé pour défaut de taille et pour infirmités ou faiblesse de constitution, 68,631. Ainsi pour avoir 100 soldats valides, il a été mis de côté, moyennement, 86 inscrits.

«Le département de la Seine-Inférieure, dont la population est en grande partie manufacturière, avait à fournir un contingent de 1,609 hommes, et il en a réformé 2,044 ; donc, pour cent hommes valides, on a dû mettre de côté 126 hommes : c'est moitié en plus de la moyenne générale de la France. La ville de Rouen en particulier, inscrite pour un contingent de 184 hommes, a présenté 317 réformés ; ainsi, pour avoir 100 hommes valides, il a fallu éliminer 166 inscrits. C'est presque le double de la moyenne générale.

«A Mulhouse, les réformes s'étaient élevées, en 1837, à 110 hommes, quand le contingent était de 100 ; à Elbeuf à 168 ; à Nîmes à 147.

«En Angleterre, le bill de 1833, qui règle le travail des enfans dans les fabriques, a produit d'heureux résultats

sous le rapport de la moralité et de la santé des ouvriers; pourquoi n'en serait-il pas de même en France?

« On nous dit : « si vous indiquez huit heures, dix heures, onze heures de travail, selon l'âge des enfans, c'est condamner plusieurs industries à ralentir leurs travaux et même à les cesser tout à fait, parce qu'elles ne pourraient soutenir la concurrence si elles étaient privées du travail des enfans; si l'on augmente le nombre des enfans de manière à avoir deux enfans au lieu d'un, et la population ne donne pas assez d'enfans, il y aura gène pour l'industrie, etc., etc.» Nous ne sommes pas économistes, et nous n'envisageons ici la question que sous le point de vue hygiénique et médical, et, par conséquent, nous dirons aux *marchands d'hommes et d'argent* : SALUS MULTO PRETIOSIOR AURO.

« Nous ne pensons pas non plus, comme M. le ministre du commerce, que l'amélioration morale qui se manifeste de jour en jour parmi les classes laborieuses puisse avoir seule une influence sur la question qui nous occupe ; cette amélioration résulte, dit M. le ministre, de ce que les ouvriers sont plus sobres, plus attachés à leurs devoirs, plus soigneux d'envoyer leurs enfans dans les écoles et de leur procurer le bienfait de l'instruction et de la religion. Certes la sobriété des ouvriers peut avoir d'heureux effets sur leur santé et sur le développement physique et moral de leurs enfans ; et dans des recherches hygiéniques que nous avons faites, en 1835, avec un membre du conseil de salubrité de la ville de Paris, nous avons prouvé que les ouvriers qui ne *faisaient pas le lundi* étaient rarement malades et vivaient plus longtemps. Mais ces remarques ne sont pas applicables au cas dont il s'agit; ainsi, supposons un ouvrier sobre, soigneux, moral, ayant des enfans forts et bien consti-

tués, élevés de bonne heure dans les sentimens religieux, croira-t-on que ces vertus suffisent pour empêcher la race de s'abâtardir, si l'on place ces enfans dans des conditions de travail qui ne sont pas en rapport avec leur âge, si on les emploie dès l'âge de six ans, et dix-sept heures par jour, dans des localités humides, mal éclairées et dont l'atmosphère est imprégnée de matières animales qui s'échappent de l'huile rance des métiers? Et ces enfans n'en seront-ils pas rachitiques, et sujets aux funestes conséquences que nous avons signalées plus haut?

Nous n'avons ni l'intention ni le droit de discuter longuement sur cette question; nous avons seulement voulu appeler l'attention sérieuse de nos confrères qui habitent les villes manufacturières. Leurs renseignemens dus à leurs recherches hygiéniques, communiqués aux prud'hommes ou aux membres des conseils de manufactures, pourront servir de base au projet de loi qui sera présenté aux chambres.

Puissent ces quelques lignes contribuer à faire disparaître les abus que nous venons de signaler : car il est douloureux de voir au sein des plus grandes cités industrielles, des enfans pâles et chétifs végéter dans le dénûment, à la honte de la civilisation moderne et des idées libérales et progressives d'un grand peuple. (1).

(1) Voyez l'*Esculape* du 21 juin 1839. — *Abus de l'emploi des enfans dans les manufactures*, par S. Furnari.

§ VII. — AFFECTIONS SYPHILITIQUES DE L'OEIL.

1° OPHTHALMIE SYPHILITIQUE.

L'ophthalmie syphilitique est rarement primitive, cependant Lawrence cite des cas dans lesquels elle se développa spontanément sous l'influence de baisers impurs; presque toujours il existe des symptômes apparens de l'affection générale ; dans d'autres circonstances la maladie est consécutive à une affection gonorrhoïque. La conjonctive oculo-palpébrale est injectée de vaisseaux excessivement fins au travers desquels on aperçoit la sclérotique colorée en *rose vineux* que les Anglais appellent couleur *œillet d'Inde* (pink colour). Il existe quelquefois sur le bord des paupières des ulcérations profondes à bords renversés et tapissées par un pus coaguleux identique à celui que l'on rencontre sur les ulcères du gland.

Cette espèce d'ophthalmie est souvent accompagnée de pustules à la peau et au cuir chevelu, ou de tâches cuivrées en différens points du système dermoïde. A la tombée de la nuit, il se manifeste presque toujours des douleurs ostéocopes dans les membres et surtout dans le front. Ces douleurs augmentent jusqu'à minuit, puis disparaissent le matin.

Cette maladie se termine toujours par une iritis ayant des caractères bien tranchés que nous énumérerons plus tard. Quant au traitement il doit être analogue à celui que l'on oppose aux affections syphilitiques primitives ou constitutionnelles. Au début, il faut combattre l'inflammation à l'aide de saignées copieuses et répétées, et de frictions aux tempes avec l'onguent mercuriel belladoné.

2° IRITIS SYPHLITIQUE.

A. — *Siége et symptômes.* — L'iritis syphilitique est primitive ou secondaire ; on entend par la première désignation, l'iritis qui se développe concurremment avec les autres symptômes de l'affection vénérienne. La maladie est secondaire lorsqu'elle se présente au moment où l'on croit que le malade est guéri de son affection spécifique. Il est même des cas où l'on n'avait pas même le moindre soupçon de l'existence du germe syphilitique lorsque l'iritis en a révélé la présence. Lorsque la maladie est primitive la conjonctive et la sclérotique sont de la couleur que nous avons signalée par la ressemblance avec les œillets d'Inde. La cornée est encadrée dans une couronne de petits vaisseaux droits qui disparaissent à mesure qu'ils se dirigent vers la périférie du bulbe. La couleur de l'iris est altérée; la pupille est irrégulière; Bénédict et Fabini affirment, ainsi que Lawrence, que la déformation a constamment lieu en haut et en dedans de telle façon qu'elle regarderait la racine du nez ; malheureusement les choses ne se passent pas comme cela. La cornée s'obscurcit légèrement et le malade est atteint d'épiphora et de photophobie.

Lorsque la maladie dure depuis quelque temps, l'iris se couvre dans le bord pupillaire d'une exudation lymphatique plastique, jaunâtre et qui s'organise si promptement, qu'en peu de jours on voit la pupille disparaître sous un réseau épais, de matière sécrétée. Souvent il se forme sur l'iris de petites nodosités qui, vues au microscope, ont été comparées par Beer à de véritables condylomes. Ce sont plutôt de petits abcès qui s'ouvrent et

répandent, dans la chambre antérieure, de la matière lymphatique qui se précipite et forme un hypopyon.

Lorsque la maladie est secondaire les phénomènes inflammatoires sont à peine sensibles, et malgré cela l'exudation se présente avec les mêmes phénomènes que dans l'état aigu.

B. — *Durée et terminaison.* — L'iritis syphilitique aiguë se termine promptement par la suppuration de l'iris et même souvent de l'œil. L'iritis consécutive, au contraire, a une marche longue et insidieuse : elle ne détruit point l'organe comme la maladie primitive, mais elle en anéantit les fonctions par la production de pseudo-membranes et de diverses espèces d'oblitérations qui en sont la suite.

C. — *Pronostic.* — Le pronostic de l'affection syphilitique est toujours grave. Il faut se hâter d'en arrêter la marche par un traitement énergique et rationnel.

D. — *Causes.* — Les maladies syphilitiques primitives ou dégénérées.

F. — *Traitement.* — Lorsque la maladie débute avec des formes inflammatoires il faut se hâter de la combattre afin de pouvoir arrêter les phénomènes d'exudation. Après les évacuations sanguines on doit passer immédiatement à l'usage du calomel à haute dose qui dans ces cas agit contre l'affection inflammatoire, de même que sur la cause spécifique. Les symptômes de ptyalisme sont peu graves en comparaison des désordres que la maladie timidement traitée pourrait apporter dans l'œil. On peut en même temps faire sur le front des frictions avec l'onguent mercuriel ou le précipité blanc, uni au cérat ou à la salive.

Si la maladie est secondaire et qu'il existe en même temps des symptômes constitutionnels, on peut l'attaquer

immédiatement par les mercuriaux, ou les préparations d'or unies aux substances sudorifiques. Enfin, pour combattre les exudations et les fausses membranes, il faut insister sur les frictions d'onguent napolitain bolladoné. Dans quelques cas graves on emploie avec succès les tisanes de Feltz, de Zittmann et de Fowller.

---

§ VIII. OPHTHALMIES DITES RHUMATISMALES.

1° SCLÉROTITE SCROFULEUSE.

SYN. — *Inflammation de la sclérotique et des membranes fibreuses de l'œil. — Sclérotite.*

Nous avons volontairement omis de parler de l'inflammation de la sclérotique, en traitant des inflammations phlegmoneuses de l'œil, parce que nous voulions rattacher à la description de cette maladie les symptômes que l'on attribue généralement à une affection rhumatismale. Ici encore il ne s'agit point d'une nouveauté, car Truka de Karnowitz nous fait connaître que ses contemporains et ses devanciers admettaient les *ophthalmies rhumatismales* et *goutteuses*.

Nous concevons facilement que l'œil étant formé d'un tissu scléreux très résistant, entouré d'aponévrose préorbitale, il puisse se produire dans ses parties une inflammation analogue à celle que l'on rencontre dans les tissus fibreux des articulations et dans les gaines tendineuses. Cette opinion était du reste celle de Beer et Wardrop, car ils avaient reconnu que le siége de l'inflammation rhumatismale était dans les tissus fibreux de l'œil.

A. — *Symptômes.* — L'inflammation de la sclérotique est primitive ou secondaire ; dans le premier cas, la maladie commence par la sclérotique, sans altération visible d'autre tissus; dans le second, la sclérotique, comme l'observe très bien M. Travers, n'est affectée que parce qu'elle sert d'intermédiaire entre la sclérotique et les autres membranes.

La sclérotite primitive s'annonce en général avec les symptômes suivans :

Au début de la maladie, la conjonctive paraît saine, la sclérotique est recouverte d'un grand nombre de petits vaisseaux capillaires que l'on distingue par leur direction rectiligne et leur concentration uniforme vers la cornée; leur couleur passe de l'incarnat clair à une teinte plus foncée qui communique un rouge léger aux parties environnantes ; quelquefois on observe une coloration un peu jaunâtre, attribuée par Wardrop à la présence de la bile. Pendant que la maladie se borne à la sclérotique, les paupières sont dans l'état normal ; ce n'est que lorsque les vaisseaux de la conjonctive commencent à être affectés que l'on observe sur des paupières de petites stries d'un rouge vermillon, à la suite desquelles elles se gonflent.

Dès que la maladie augmente, il se forme sur la cornée de petites élévations qui, selon Beer, se changent quelquefois en ulcérations imperceptibles, sans eschares, mais qui laisseraient croire qu'au moyen d'un burin ou d'une échoppe on a enlevé des petits fragmens de cornée.

A cette époque de la maladie, la cornée est encadrée dans une zone vasculaire, qui s'arrête à une certaine distance, et qui forme ce que les ophthalmologistes allemands nomment *cercle arthritique*, symptôme qui n'est dû qu'à une cause anatomique, et que MM. Wetch et Tra-

vers ont depuis longtemps expliqué en ces termes : « Ce symptôme est produit par la distribution particulière des vaisseaux ; les branches des vaisseaux droits de la conjonctive pénètrent la sclérotique vers le bord de la cornée, et les longs vaisseaux ciliaires passent dans les sillons de cette membrane au plexus ciliaire vers la racine de l'iris. Au bord intérieur de la sclérotique, là où le cercle ciliaire adhère fortement à cette tunique, les vaisseaux ciliaires communiquent avec les branches vasculaires; la condensation de la couleur dans les inflammations profondes produit le symptôme que nous venons de signaler. »

Au commencement de la maladie, il y a une sensation désagréable de sécheresse de l'œil ; plus tard les larmes coulent en abondance, le malade éprouve une douleur violente dans la tempe, les sourcils, le front, ainsi que dans l'œil ; dans quelques cas, elles sont excessivement vives, et se renouvellent au plus léger mouvement. Wardrop prétend qu'il y a peu de photophobie, tandis que Beer, au contraire, affirme que l'intolérance de la lumière est extrême ; ce qu'il y a de sûr, c'est que, dès l'instant que la maladie est un peu développée, l'iris devient malade et la pupille se contracte. De toutes les ophthalmies, la fibreuse est celle qui est le plus tôt accompagnée de phénomènes de réaction fébrile, et de dérangement du canal intestinal.

Pour la sclérotite secondaire, les symptômes sont à peu près les mêmes, seulement ils commencent par la conjonctive.

B.—*Durée et terminaison*.—La sclérotite est ordinairement de longue durée ; c'est pour cette raison qu'elle laisse presque toujours après elle des altérations visibles dans la cornée, sur l'iris, et dans les milieux transpa-

rens de l'œil ; elle se termine souvent par la résolution.

C. — *Pronostic.* — Le pronostic de la sclérotite doit être basé sur le degré d'intensité de la maladie, de la persistance des symptômes et de leur résistance au traitement qu'on leur oppose. Cette maladie est moins grave que l'ophthalmie égyptienne dans la première période; mais, dans la seconde, elle offre beaucoup de danger, en raison de l'exudation sympathique ou secondaire des membranes séreuses.

D. — *Causes.* — Les causes de l'inflammation dite rhumatismale, énumérées par les auteurs, sont les mêmes que celles qui produisent le rhumatisme, savoir les brusques variations de température, un courant d'air froid qui frappe directement l'œil, la suppression des exanthèmes. Une fois qu'un individu a été atteint de cette maladie, le simple refroidissement des autres parties du corps suffit pour la reproduire. De même que M. Velpeau, nous avons observé cette maladie chez un grand nombre d'individus qui n'avaient jamais éprouvé aucune atteinte d'affection rhumatismale.

E. — *Traitement.* — Le traitement antiphlogistique est impérieusement réclamé par cette maladie, surtout dans le but d'arrêter la transmission de l'inflammation aux membranes internes de l'œil. Nous n'avons jamais rien obtenu des prétendus remèdes spécifiques contre le rhumatisme, toutes les fois qu'ils ne possédaient pas une action drastique ou sudorifique très prononcée ; c'est ainsi qu'agit la teinture de colchique d'automne, le marrube blanc, et le gayac. Beer avait une répugnance excessive pour l'administration de tous les topiques liquides dans cette espèce d'ophthalmie, et il a transmis cette aversion à tous ses élèves. Langembeck dit positivement que les topiques sont toujours nuisibles ; ces idées sont

évidemment exagérées, j'oserai même dire ridicules, car j'ai soigné et vu soigner un grand nombre d'ophthalmies dites rhumatismales, par l'application de collyres astringens et escharotiques, et les malades s'en sont bien trouvés.

Quant aux douleurs qui s'irradient à la tempe et au front, on leur oppose les frictions avec la belladone, l'onguent napolitain, l'opium et l'eau distillée de laurier-cerise.

Les purgatifs drastiques, et tout ce qui peut porter à la peau sont reconnus très utiles.

E.—*Professions.*—Les inflammations rhumatismales de l'œil se présentent très souvent chez les personnes qui exercent les professions qui les exposent aux vicissitudes atmosphériques et à l'humidité; telles sont les lessiveuses, les blanchisseurs, les laveuses de laine, les hommes de rivière, les éclusiers, les pontonniers; les tanneurs, et surtout les mégissiers.

G.—*Moyens hygiéniques.*— Il serait à désirer que les personnes livrées aux professions dont nous venons de parler fissent souvent usage de bains, de boissons chaudes et sudorifiques, pour entretenir la peau dans un état convenable. Il serait même à désirer que les bains de vapeur dans les étuves fussent plus répandus; c'est à leur usage que les paysans russes et finlandais doivent la rareté des affections rhumatismales et goutteuses qui deviennent d'autant plus fréquentes dans les hautes classes de la société, qu'elles s'éloignent davantage de la coutume de prendre les bains d'étuve.

On ne saurait trop recommander aux personnes qui sont exposées à contracter la maladie dont nous venons de parler, de faire usage de vêtemens secs, et d'éloigner

le plus possible de leur corps tout ce qui peut entretenir l'humidité.

2° IRITIS RHUMATISMALE.

D'après les opinions que nous avons énoncées plus haut, l'iritis rhumatismale n'est autre chose qu'une inflammation profonde de l'iris compliquée de sclérotite ou de kératite. Les signes tirés de l'injection vasculaire sont absolument les mêmes que ceux de la sclérotite. Quant aux déformations de la pupille que l'on a voulu considérer comme des signes caractéristiques, rien n'est plus illusoire que leur valeur, car elles changent du jour au lendemain sans autres causes connues que les modifications qu'a subies le mal par sa marche croissante ou décroissante, ou enfin par le traitement qu'on lui oppose.

Les causes de cette espèce d'iritis et ses symptômes sont les mêmes que ceux de la sclérotite. Cette maladie réclame donc le même traitement, avec la seule différence qu'il ne faut point perdre de vue les altérations que la pupille pourrait subir et qu'il faut combattre par les moyens que nous avons indiqués en parlant de l'iritis phlegmoneuse.

Quant aux professions nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été exposé sur l'ophthalmie dite rhumatismale.

3° IRITIS ARTHRITIQUE.

De même que M. le professeur Sanson, nous n'admettons l'iritis artrhitique que comme une modification d'iritis rhumatismale. La déformation de la pupille n'est pas non plus un type, car l'on a vu des ophthalmies très intenses chez les goutteux, ne différer en rien de celles

qui se développent chez les hommes qui n'ont jamais eu la goutte. Si la rougeur de la sclérotique est plus vive, on pourrait l'attribuer, comme le fait très bien observer M. Sanson, à une qualité particulière du sang des goutteux. Ne pourrait-on pas y trouver des urates comme on en rencontre dans les concrétions tophacées des goutteux? ce qui expliquerait facilement la raison de la vivacité de la couleur rouge des vaisseaux. L'histoire chimique du sang malade reste encore à faire ; espérons que les recherches de MM. Lecanu et Denis compléteront ce vide de la science.

Le traitement de l'iritis arthritique est le même que celui qu'on dirige contre l'iritis rhumatismale ; on cherchera à rappeler l'affection gouteuse aux extrémités, toutes les fois qu'elle les a abandonnées subitement.

Nous avons vu, l'année dernière, dans le service de M. Velpeau, à la Charité, trois individus atteints d'iritis avec déformation *transversale* de la pupille, et jamais ces personnes n'avaient subi aucune attaque de goutte ; du reste, on sait généralement que ce n'est pas chez les hommes de la campagne qu'il faut aller chercher cette maladie.

---

§ IX. OPHTHALMIES EXANTHÉMATIQUES.

La dernière classe des ophthalmies spécifiques comprend celles qui paraissent à la suite des affections exanthématiques, et auxquelles les auteurs ont donné le nom d'ophthalmies *morbilleuses*, *scarlatineuses*, *rubéoliques*, *érysipélateuses*, *varioleuses*, etc. Ces dénominations sont absolument théoriques, car toutes ces conjonctivites, ré-

sultat d'une affection inflammatoire de la peau, ne diffèrent en rien des inflammations simples de la conjonctive lors même que la maladie se transmet à la cornée et à la choroïde.

L'ophthalmie varioleuse seule se reconnait à un symptôme caractéristique qui est la formation de boutons varioliques sur la conjonctive oculo-palpébrale. Lorsque l'éruption de la variole se borne aux tégumens des paupières sans attaquer la muqueuse, il n'y a aucune différence dans la forme et l'injection des vaisseaux conjonctiviens. Nous nous occuperons donc seulement de l'ophthalmie variolique parce que la présence d'un seul symptôme qui est l'éruption, peut lui donner un degré de gravité instantanée, ce qui n'arrive pas aux autres conjonctivites, suite d'une ophthalmie exanthématique.

1° OPHTHALMIE VARIOLEUSE.

Toutes les fois qu'un bouton de petite vérole se présente sur une muqueuse, il y détermine une irritation très vive entourée d'un cercle inflammatoire très prononcé qui se termine toujours par une suppuration plus ou moins abondante, et laissant après elle une ulcération perforante. On conçoit qu'un ou plusieurs boutons de petite vérole se développant ainsi sur la conjonctive oculo-palpébrale, il doit en résulter une altération très considérable dans l'œil et dans ses annexes. C'est surtout lorsque la pustule se forme sur la cornée qu'elle exerce des ravages, laissant quelquefois des traces indélébiles qui deviennent heureusement de jour en jour plus rares et que le peuple désigne sous le nom d'*un grain de petite vérole*.

L'ulcération qui se développe sur la cornée à la suite

d'une pustule variolique est essentiellement perforante, aussi rien n'est plus commun que de la voir suivie de perforations de la cornée, d'évacuations de l'humeur aqueuse, de hernie de l'iris ou de kératocèle.

Avant la découverte de la vaccine, ces accidens étaient tellement fréquens, que M. Carron du Villards a pu se convaincre en compulsant la statistique des aveugles de divers pays que sur cent cécités trente-cinq au moins étaient le seul fait de l'ophthalmie variolique. Aujourd'hui, grâce à la vaccine, le chiffre de ces accidens a considérablement diminué, et diminuerait bien plus encore si ceux qui s'occupent de soigner les enfans voulaient bien se rappeler qu'au moyen de la méthode ectroctique proposée par M. Serres, l'on pourrait faire avorter toutes les pustules de petite vérole qui se développent dans l'œil et ses annexes. Il suffit pour cela de surveiller avec soin l'éruption, et aussitôt qu'on voit un bouton apparaître sur quelque point que ce soit de la face, on en coupe la pointe avec des ciseaux très fins, et on cautérise immédiatement avec un crayon de nitrate d'argent excessivement pointu. Pour que cette méthode réussisse, il faut exercer une surveillance très minutieuse et très active, dont on est du reste largement récompensé en préservant la face et l'œil d'altérations graves et presque toujours incurables.

Si l'on arrive trop tard pour préserver la face, il faut au moins tacher d'empêcher le développement des pustules dans l'œil. Cela devient presque impossible lorsque les paupières sont chargées extérieurement d'une éruption *confluente* qui les enflamme, les gonfle et leur permet à peine de s'entr'ouvrir.

Lorsque l'on n'est pas arrivé assez à temps pour empêcher le développement des pustules sur les paupières, il faudrait au moins chercher à en atténuer les effets; il

faut les ouvrir avant que la suppuration ne soit formée et n'ait creusé que la peau, puis on les recouvre avec des amplâtres de *vigo cum mercurio*. Cette application empêche le développement ultérieur des pustules et s'oppose à la formation des cicatrices.

Les ulcères de la cornée doivent être traités comme s'ils étaient dus à une autre maladie. La cautérisation secondaire est ici impérieusement réclamée, car elle borne l'inflammation ulcéreuse et change la nature de la matière sécrétée par l'ulcère.

2° PSOROPHTHALMIE.

SYN. — *Ophthalmie psorique.*

Pendant longtemps on a donné le nom de psorophthalmie à toutes les maladies des paupières qui avaient une forme herpetique quelconque; aujourd'hui on réserve cette dénomination pour l'ophthalmie palpébrale qui se manifeste pendant l'existence de l'affection psorique.

A. — *Siége et symptômes.* — Cette maladie débute toujours par une démangeaison violente du bord des paupières, qui augmente sous l'influence du plus léger frottement. Le bord libre des paupières se gonfle et prend une couleur rouge vineuse; puis surgissent de petites pustules qui suivent les lignes des sourcils, s'ouvrent et donnent issue à une matière sanieuse qui vient s'agglomérer sur les cils. Chaque pustule se convertit en une petite ulcération profonde, douloureuse, ce qui donne aux paupières un aspect frangé que l'on a comparé à celui d'une figue qui se dessèche, d'où l'on a tiré la dénomination de *palpebra ficosa*. M. Carron du Villards et moi nous avons constaté la présence de l'*acarus* dans

ces ulcérations, ce qui ne peut laisser aucun doute sur la nature de la maladie.

B. — *Durée et terminaison.* — Cette maladie est en général fort opiniâtre parce qu'il faut porter la médication jusque dans les profondeurs des fissures. Sa persistance entraîne presque toujours la chute des cils (*alopécie ciliaire*) et souvent des déviations des cils, soit les diverses formes de *trichiasis*. (Voir ce mot.)

C. — *Prognostic.* — La psorophthalmie n'acquiert de la gravité que lorsque elle a été négligée et qu'elle a apporté des désordres dans le bord palpébral. Prise au début, elle guérit sans laisser de traces, pourvu toutefois que le malade soit persévérant et qu'il maintienne ses yeux dans un état d'excessive propreté.

D. — *Causes.* — Les causes principales de la blépharite psorique sont celles qui produisent la galle.

E. — *Traitement.* — Dans les cas simples les lotions savonneuses, la décoction de suie employée concurremment avec un cérat légèrement soufré suffisent pour faire disparaître la maladie; lorsqu'elle résiste à ces moyens, il faut employer une pommade légèrement escharotique préparée d'après la formule suivante.

Prenez:

Beurre frais non salé une	1/2 once = 16 gram.
Vitriol de Chypre	10 grains = 50 centigr.
Camphre	4 grains = 20 centigr.
Tutie préparée	6 grains = 30 centigr.

Mêlez exactement.

Nous nous servons plus habituellement de la pommade du docteur Carron du Villards dont on tempère à volonté l'énergie en la mélangeant avec un quart, un tiers ou la moitié de pommade de concombre selon la sensibilité des malades.

Prenez :

Onguent citrin liquéfié	20 grains = 1 gram.
Moelle de bœuf épurée	1/2 gros = 2 gram.
Extrait de suie	12 grains = 60 centigr.

Cette pommade, ramollie à une douce chaleur, s'applique avec un pinceau à miniature sur les ulcérations et fissures. Dans quelques cas il est nécessaire d'employer concurremment un traitement interne composé de préparations sulfureuses de révulsifs sur le canal intestinal, traitement auquel viennent en aide les bains et lotions de barèges et quelques révulsifs cutanés.

Si la psorophthalmie est consécutive à la répercussion de la galle, il faut rappeler cet exanthème et ajouter au traitement général l'application de la pommade stibiée sur le cuir chevelu, ainsi que nous l'avons indiqué en parlant de l'ophthalmie scrofuleuse. (Voyez page 168.)

Tout ce que nous venons dedire pour le pronostic et le traitement de la psorophthalmie peut s'appliquer aux affections *dartreuses*, *scabieuses*, *porrigineuses* et *impétigineuses* de l'œil et de ses annexes.

Dans les excoriations opiniâtres des paupières, suite d'une blépharite *psorique*, *dartreuse*, etc., ainsi que dans la *croute laiteuse* des enfans, nous employons la pommade préparée d'après la formule suivante.

Prenez :

Extrait de saturne	xjj gouttes.
Nitrate d'argent fondu	vj grains = 30 centigr.
Pommade citrine	1 gros = 4 grammes.

Si ces moyens échouent, il faut cautériser les parties ulcérées avec un crayon de nitrate d'argent.

CHAPITRE V.

§ I. AFFECTIONS PÉRIODIQUES DE L'OEIL.

L'inflammation de l'œil et de ses annexes, de même qu'un grand nombre de ses affections inflammatoires, sont susceptibles d'offrir des phénomènes d'intermittence marqués. Les uns, comme les fièvres intermittentes automnales se reproduisent à des époques éloignées ou dans des saisons fixes, ou bien avec une intermittence complète d'un ou de plusieurs jours.

Dans les premiers cas, la maladie offre moins de gravité, parce que l'on peut presque toujours en calculer la durée et en arrêter le cours, tandis que, lorsque les accès se sont développés à plusieurs reprises et à des intervalles fixes et rapprochés, on perd un temps précieux, et l'on affaiblit souvent le malade par un traitement énergique, quelquefois exagéré, en ce que à chaque accès on se croit obligé de combattre une maladie en recrudescence, tandis que l'on n'a affaire qu'à un accès fixement périodique à type varié.

Ces considérations sont d'autant plus importantes, que les ophthalmies intermittentes sont, en général, beaucoup plus fréquentes qu'on le croit, et qu'en les méconnaissant on fait perdre un temps précieux aux malades.

En lisant les ouvrages de Morton (*Ophthalmia febri-*

cosa), Offmann, Vanswieten, Stoll, Boehmer, Sauvage, on trouve des cas fort remarquables d'affections de ce genre, et qui, après avoir résisté au traitement antiphlogistique le plus énergique, cédaient promptement à un traitement antipériodique convenable.

Les ophthalmies phlegmoneuses et spéciales, depuis la plus légère rougeur de la conjonctive, jusqu'à celle des tissus les plus profonds de l'organe qui constituent l'ophthalmie interne générale, peuvent être suivies d'exarcébations périodiques.

L'intermittence se montre plus souvent quand la cornée est prise par l'inflammation et quand elle devient le siége de phlictènes et d'ulcérations. C'est surtout après les blessures de cette membrane, les opérations de Kératonyxis et les extractions de cataracte que se manifeste le plus souvent l'accident périodique. Lorsqu'on a lu les belles recherches de Schlemm sur les nerfs de la cornée, l'on explique facilement la réaction d'une petite maladie sur les centres nerveux et sur le système ganglionnaire.

Il faut reconnaître aussi que les inflammations intermittentes des yeux se lient quelquefois à un état saburral des premières voies, circonstances si communes dans les pays chauds et surtout en Égypte ; fait signalé par Prosper Alpin, et, depuis lui, par Savaresi, Assalini, Clot-Bey, Broussais, etc., et qui nécessite une considération toute particulière dans le traitement.

Les ophthalmies périodiques peuvent attaquer les individus à tout âge, mais en général les jeunes et les adultes y sont plus sujets ; mais ce sont surtout les femmes hystériques, *vaporeuses* et nerveuses, qui y sont exposées le plus souvent.

Pronostic. — Ces affections n'ont de danger en géné-

ral qu'en raison de la force de l'inflammation, de l'étendue et de la nature des tissus qui sont pris, parce que si l'intermittence est méconnue, la maladie peut marcher malgré l'énergie du traitement antiphlogistique qu'on lui a opposé.

Traitement. — Au début de la maladie, le traitement est celui des inflammations graves de l'œil ; ainsi des saignées générales, selon la force et le tempérament du malade, et que l'on pratiquera au pied, toutes les fois qu'il sera possible de le faire. Depuis quelques années, j'ai obtenu des résultats extraordinaires de cette médication. Après on recourt aux saignées locales, parmi lesquelles il faut donner la préférence aux ventouses scarifiées appliquées selon la méthode anglaise. Si la maladie est un peu violente, un des meilleurs moyens de borner son action, c'est de donner le tartre stibié en potion d'après la méthode rasorienne. Cette méthode offre dans les maladies aiguës de l'œil des avantages aussi signalés que dans le traitement des pneumonies. Ce traitement est surtout convenable lorsque le canal intestinal est sain, et que l'on peut sans crainte exercer sur lui une dérivation un peu active, qui est presque toujours suivie d'une diaphorèse abondante et salutaire ; la dose du tartre stibié doit varier entre huit et vingt grains dans une potion de douze onces.

Dans d'autres circonstances, on donne avec beaucoup de succès le calomel uni à la poudre de Dower dans la proportion suivante :

Prenez :	calomel,	gr. jj = 10 centigr.
	poudre de Dower,	gr. Vjjj = 40 centigr.
	sucre,	gr. Xjj = 60 centigr.

A prendre trois fois par jour.

Quand l'accès se dessine, quand il revient avec des

douleurs nerveuses, s'irradiant aux tempes et dans les deux mâchoires, le malade est soulagé fort souvent en appliquant sur l'œil et l'orbite une rondelle d'agaric préparé (amadou), imbibée d'eau distillée et coobée de laurier-cerise.

Il reste maintenant à traiter l'accès. Dans le plus grand nombre de cas, le quinquina employé sous diverses formes n'a rien perdu de son ancienne et héroïque puissance. C'est surtout son sulfate que l'on préfère en raison de son énergie et de la facilité de son administration. On procède comme dans les fièvres intermittentes, au type desquels ressemble l'accès que l'on a à traiter. Il faut reconnaître cependant qu'il est des cas où il échoue complétement. Dans ces cas, il faut recourir au carbonate de fer et à la potion effervescente de Rivière qui souvent arrête les accès nerveux; dans quelques cas, on peut employer un collyre quininé et quelques médecins anglais en rapportent un certain nombre de guérisons obtenues par l'usage d'une poudre prise en guise de tabac. En général, dans les ophthalmies intermittentes, les topiques humides sont contraires dès que la maladie a passé sa première période, et dans celle-ci l'eau froide continuellement renouvelée est le topique le plus simple et le plus actif.

Enfin, chez les femmes excessivement nerveuses, on a recours aux lavemens d'assa-fœtida et de musc; lorsque les accidens inflammatoires et périodiques sont disparus, s'il reste un peu de rougeur de la conjonctive, on la combat avec des collyres légèrement astringens.

CHAPITRE VI.

OPHTHALMO-NÉVROSES.

Sous le nom d'*ophthalmo-névroses*, nous comprendrons le *blépharo-spasme*, la *blépharoplégie* et l'*amaurose*. Quant au *nystagmus*, ou mouvement de va-et-vient du globe vers les deux commissures des paupières, et l'*ophthalmo-plégie*, ou paralysie d'un ou de plusieurs muscles de l'œil, nous en parlerons à l'article *strabisme*.

§ I. BLÉPHARO-SPASME.

SYN. — *Spasme des paupières.*

A. — *Siége et symptômes.* — Cette maladie qui est aussi connue sous le nom vulgaire de *souris* ou *clignotement* des paupières, consiste dans un mouvement spasmodique involontaire des paupières. Le blépharospasme est presque toujours un symptôme concomitant d'une autre affection, cependant il est quelques cas où après avoir existé comme tel il persiste, survit à l'affection primitive et constitue enfin un véritable état morbide. Le clignotement des paupières attaque de préférence les personnes irritables, nerveuses, les femmes et les hommes hyppocondriaques, les *atrabilaires* des anciens. Il est constant ou périodique, il peut s'aggraver sous de certaines influences, disparaître en même temps qu'elles, et se montrer de nouveau lorsqu'elles reparaissent; ainsi.

par exemple, il est des femmes qui sont averties de l'apparition de leurs règles par le blépharospasme; des hommes sujets à la migraine le voient toujours précéder l'accès; enfin il est des goutteux qui sont accoutumés à voir en lui le signe précurseur d'une attaque prochaine.

Le blépharospasme est souvent un symptôme de congestion cérébrale. Rarement il existe sur les quatre paupières à la fois si ce n'est chez les hommes atteints de bégayement convulsif complet. La paupière supérieure est ordinairement son siége; ce voile mobile est alors en proie à un petit mouvement convulsif qui varie du simple clignotement au mouvemens spasmodiques les plus violens. Alors il existe presque toujours simultanément un larmoiement incommode qui trouble légèrement la vue.

B. — *Durée et terminaison.* — Le blépharospasme se termine quelquefois spontanément; le plus souvent il est opiniâtre et résiste au traitement le plus rationnel.

C. — *Pronostic.* — Le blépharospasme est rarement dangereux par lui-même; il ne doit être considéré comme tel qu'en ce qu'il est un symptôme précurseur ou concomitant d'une affection grave telle que l'apoplexie, l'épilepsie, l'amaurose, la paralysie générale ou partielle.

D. — *Causes.* — Les causes qui produisent le spasme des paupières se rattachent presque toutes à celles qui surexcitent le système cérébro-spinal, ainsi les chagrins, les travaux prolongés, les contentions d'esprit, les veilles, l'abus des liqueurs spiritueuses, doivent être placés en première ligne. Dans d'autres circonstances il dépend d'affections générales, telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'hypocondrie, la danse de Saint-Guy, les ophthalmies scrofuleuses et l'affection vermineuse.

E. — *Traitement.* — Dans le traitement du blépha-

rospasme il y a toujours une indication importante à remplir ; c'est la recherche scrupuleuse des causes productrices de la maladie et l'éloignement de ces causes. On attaque ensuite le symptôme local par des remèdes convenables, selon les indications fournies par l'âge et le tempérament. Il est des cas où l'on doit recourir au débilitans, tandis qu'il en est d'autres qui réclament impérieusement la méthode excitante ou la tonique. Dans les cas graves et rebelles il faut recourir aux vésicatoires, aux excharotiques et souvent même au cautère actuel, à l'électro et à la galvano-poncture.

Dans quelques cas légers de blépharospasme idiopathique nous recommandons les affusions d'eau froide et les frictions sur les tempes, le front et les paupières avec le liniment suivant.

Prenez :

Huile d'amandes douces	1/2 once = 16 gram.
Essentielle de camomille	2 gros = 8 gram.
Opium pur	1/2 gros = 2 gram.

Mêlez.

Quand il faut agir vivement sur la paupière on doit se servir du liniment suivant qui provoque presque immédiatement un érysipèle miliaire ; liniment que nous avons employé plusieurs fois avec avantage.

Prenez :

Huile d'olives 1/2 once = 16 grammes.
id. de croton tiglium de 6 à 10 gouttes.

Mêlez.

Ce liniment doit être employé avec ménagement, car il peut produire une blépharite phlegmoneuse très intense.

§ II. AMAUROSE.

SYN. — *Goutte sereine.* — *Suffusio nigra* — *Necrosis retinæ.*

A. *Siége et symptômes de l'amaurose en général.* — L'amaurose consiste dans une faiblesse très notable de la vision, dégénérant rapidement en cécité plus ou moins complète, que l'on attribue généralement à une maladie de la rétine ou du nerf optique.

Quelquefois la maladie a son siége sur un œil, alors on la nomme *monocle*; elle est *binocle* au contraire quand elle affecte les deux yeux. Son apparition est tantôt instantanée et foudroyante, tantôt lente et insidieuse. Dans le plus grand nombre de cas, elle est précédée de symptômes avant-coureurs, se montrant sous la forme de lésions visuelles particulières; ainsi, par exemple, il est des individus à qui tous les objets éclairés paraissent entourés d'une flamme, qui ne peuvent supporter la lueur d'une chandelle, parce qu'elle leur semble trop éclatante (*photopsie*) continuelle ou intermittente. Dans quelques cas, la couleur des objets varie, le vert paraît rouge, le bleu paraît brun, et ainsi de suite, c'est la *chroupsie*. Chez quelques personnes, la maladie est précédée par un accroissement très prononcé des facultés visuelles, que l'on nomme *oxyopie*.

Il n'est pas rare que ceux qui sont menacés d'amaurose voient une foule de corps fantastiques changeant de place et de forme, symptômes plus connus sous le nom de fantasmagorie et de méthamorphosie.

D'autres fois, ces illusions optiques se bornent à la vision de petites mouches flottantes, d'un réseau de toile d'araignée, que l'on connaît généralement sous le nom de *myodésopsie*. (Voir *Amaurose des gens de lettres*.

Enfin la *diplopie*, qui consiste dans la vision constante de deux objets situés à côté l'un de l'autre lorsqu'il n'en existe qu'un.

Il est des personnes qui au début de l'amaurose redoutent singulièrement la lumière, et cherchent à s'y soustraire; d'autres, au contraire, la recherchent ardemment, s'y exposent continuellement et semblent décidées à ne vouloir perdre aucun des rayons lumineux de l'astre bienfaisant qu'ils sont peut-être condamnés à ne plus voir. Ils éprouvent, d'après l'expression de quelques auteurs, une espèce de *photolimos*, *photolimia* (faim de la lumière.)

Tous ces symptômes généraux, précurseurs, que nous venons d'indiquer, peuvent exister isolément ou en groupe. Un grand nombre d'entre eux ne sont que passagers; d'autres, au contraire, persistent des années entières sans augmenter; par contre, il en est qui chaque jour prennent un nouveau degré de gravité jusqu'à la cécité complète. Ce qu'il y a de plus extraordinaire dans l'histoire de l'amaurose, c'est que pendant que ces divers symptômes se montrent, et s'agravent même, les yeux n'offrent aucun signe *objectif* qui puisse laisser présumer la gravité de la maladie dont ils sont affectés; disons toutefois que dans un grand nombre d'amauroses, l'homme de l'art ne tarde pas à apercevoir des symptômes morbides.

On les reconnaît tantôt à une forme particulière de regard, qui enlève aux yeux l'expression et l'harmonie de leur langage, qui leur imprime un certain cachet d'hé-

bétude ou de somnolence ; les paupières fonctionnent avec lenteur ou sont en proie à un clignotement continuel. L'iris lui-même subit diverses modifications qui s'étendent depuis sa dilatation extrême ou *mydriase* jusqu'à son rétrécissement le plus grand, nommé *myosis*. Les mouvemens de l'iris peuvent être lents, saccadés, très vifs, ou bien ce diaphragme mobile est frappé d'une immobilité complète. Les milieux astringens de l'œil peuvent être noirs et transparens, ou bien gris, enfumés, ou légèrement troubles.

Enfin, l'on aperçoit qu'il y a manque d'isochronisme dans le mouvement des deux yeux. La plupart des symptômes que nous venons d'énumérer peuvent être isolés ; mais, dans le plus grand nombre des cas, ils se présentent en groupes qui permettent plus facilement de reconnaître la nature de la maladie.

B. *Durée et terminaison*.—Nous avons déjà dit plus haut qu'il est des amauroses instantanées qui font perdre immédiatement et complétement la vue, tandis qu'il en est d'autres dont la marche est si lente qu'il faut plusieurs années pour que la maladie arrive à son entier développement. Il est même des symptômes d'amaurose, tels que les mouches volantes et la photopsie qui persistent toute la vie, sans autre dommage, dans les fonctions visuelles.

Malheureusement, l'expérience de tous les jours prouve qu'il est un grand nombre d'amauroses qui débutent par des symptômes peu alarmans, et qui entraînent rapidement la cessation des fonctions visuelles. Dans quelques cas même la maladie se termine par la mort, soit instantanément, soit peu à peu sous l'influence d'un ramolissement partiel du cerveau, d'une inflammation lente de

la moëlle allongée, ou rachidienne, enfin des exudations ou des épanchemens dans les centres nerveux.

C. *Pronostic.* — De toutes les affections oculaires, l'amaurose est, sans contredit celle dont le pronostic est en général le plus désavantageux en raison de la multiplicité des causes et de la nature de cette maladie ; et, lors même qu'à force de patience et d'investigation, on a reconnu la nature des lésions, on est loin d'être sûr de rétablir la vue dans son état primitif. Le pronostic tiré des caractères de l'amaurose doit être basé sur les causes qui l'ont produite, telles que la prédisposition générale acquise ou héréditaire et les causes efficientes qui détruisent l'organisation du cerveau et des nerfs. Le danger est en raison du mal présumé. Lorsque les nerfs ciliaires seuls et les infra et supra-orbitaires sont affectés, la maladie offre un plus grand espoir de guérison, et partant un pronostic plus favorable.

La complication locale et générale, la durée de la maladie, l'état général de la constitution, méritent d'être pris en considération dans le diagnostic de l'amaurose. On a d'autant plus d'espoir de la guérir, qu'elle sera plus simple et plus récente ; par contre, si la maladie est ancienne, et compliquée d'une affection grave, du délabrement de la constitution, il est à craindre que l'amaurose ne se montre rebelle à toute médication.

D. *Causes générales.*—Les causes générales de l'amaurose doivent être divisées en *prédisposantes* et en *efficientes*. Si l'on voulait prendre à la lettre le mot prédisposition, on serait forcé d'avouer que cette maladie se présente à tout âge chez tous les sexes, et dans toutes les conditions les plus opposées de la vie. Nous restreignons donc le mot prédisposition à quelques symptômes de constitution physique et de tempéramens pléthoriques,

bilieux, nerveux; une constitution athlétique, la brièveté du col, l'ampleur du cerveau et le développement du bulbe oculaire. D'un autre côté, il y a aussi des maladies qui prédisposent singulièrement à l'amaurose, ce sont les fièvres nerveuses, les inflammations du cerveau et de ses annexes, le typhus nosocomial, l'affection rhumatismale et goutteuse; les maladies du système cutané et celles du canal intestinal, surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'obstructions, et d'embarras dans la veine-porte. La misère, l'affaiblissement, suite des grandes maladies; les névroses, telles que l'hystérie, l'hypocondrie, la céphalalgie, l'émicranie et l'épilepsie jouent un grand rôle dans la prédisposition de cette fatale maladie.

Les causes occasionnelles sont nombreuses : telles sont les lésions mécaniques portées à la tête, comprenant les contusions, les commotions, les ébranlemens, les blessures, pénétrantes ou non pénétrantes, la compression du cerveau produite par l'enfoncement de la boite du crâne, par l'introduction d'esquilles, de corps étrangers; par les tumeurs osseuses, fibreuses, hydatiques, sanguines et purulentes.

On peut en dire autant des blessures de l'œil, de l'orbite, des nerfs qui s'y distribuent, enfin des compressions exercées sur le nerf optique par les corps étrangers introduits dans l'orbite, par les tumeurs qui se développent, et qui peuvent être fibreuses, sanguines, hydatiques, osseuses et cancéreuses.

Les congestions sanguines, aussi bien du cerveau que de l'œil ont une grande part au développement de l'amaurose; celles-ci ne sont souvent elles-mêmes que le symptôme d'une suppression des flux sanguins habituels et autres écoulemens. Ces congestions dépendent aussi

fort souvent de maladies qui compriment le système artériel et veineux du cou, ou qui s'opposent à la libre circulation du sang, telles que l'hydrothorax, l'hypertrophie du cœur, la phthisie pulmonaire et le broconcèle considérablement développé. La grossesse, les vomissemens, les rires immodérés, les efforts qu'on fait en chantant, les travaux prolongés, la colère, la joie immodérée sont tout autant de causes qui pouvant faire affluer le sang vers la tête, produisent l'amaurose.

Il faut considérer aussi comme pouvant contribuer à la production de l'amaurose, toutes les causes qui tendent à affaiblir directement ou indirectement l'organe de la vision, ainsi l'habitation continuelle dans les lieux obscurs, les bains froids prolongés sur les yeux, la contemplation fixe d'un feu ardent, de la pleine lune, des éclipses de soleil, l'abus du microscope, etc.

Viennent ensuite l'irritation des premières voies, l'accumulation de la bile dans le canal intestinal, la présence des vers, les poisons narcotiques, stupéfians, tels que la noix vomique, la pomme épineuse, la belladone, les préparations de plomb, etc.

D'après l'énumération que nous avons faite de tant de causes diverses, il est bien facile de se convaincre qu'elles n'agissent point sur la même partie de l'organisme, et ne détruisent point de la même manière la faculté de voir. Quelques-unes ont une action sur le cerveau lui-même, et rendent impossible la perception de la lumière; d'autres exercent leur influence malfaisante sur le nerf optique, et la rétine, soit en agissant d'une manière mécanique, soit en provoquant les congestions qui interrompent ou affaiblissent à la longue les fonctions visuelles; soit enfin en pervertissant la nutrition des organes des-

tinés à la vue, et en produisant des dégénérescences qui les rendent impropres à la vision.

E. — *Traitement.* — Les anciens médecins étaient si convaincus de la difficulté de guérir l'amaurose qu'ils l'avaient nommée l'opprobre de l'art et le tourment des médecins. Toutes les fois que l'amaurose existe avec prédominance du système sanguin vers la tête, il faut avant tout s'occuper d'un traitement anticongestif, auquel on adjoindra les moyens présumés nécessaires pour détruire les causes de cette congestion. Parmi les remèdes destinés à combattre l'afflux du sang vers la tête, il faut placer en première ligne les saignées de pied répétées selon la force du malade et la prééminence de son système sanguin. Chez les hommes forts et vigoureux, il ne faut pas craindre de la pousser jusqu'à la défaillance. Si la congestion est le résultat de la suppression du flux menstruel ou des hémorrhoïdes, il faut poser les sangsues à l'anus, aux plis des cuisses et à la vulve. Les ventouses sont très convenables dans ce cas, surtout lorsqu'on peut les appliquer en grand nombre et souvent. Les frictions, les douches sur les extrémités, concentrant le sang dans ces parties, dégagent le cerveau de la trop grande quantité de sang qui le fatigue.

Les purgatifs salins, aloëtiques, secondent merveilleusement ce traitement, pendant la durée duquel on peut aussi pratiquer des affusions d'eau froide sur le front et sur la face.

Si les phénomènes congestifs sont dus à un abus de travail, à des excès de table, à l'onanisme, à la suppression d'un exanthème ou à la disparition d'un rhumatisme, il faut combattre toutes ces causes par l'ensemble de moyens convenables. Les amauroses, suite d'un état saburral, sont très fréquentes surtout dans les pays chauds. Tout le monde

connaît les succès obtenus par Scarpa dans le traitement de cette espèce d'amaurose par l'usage du tartre stibié employé en doses fractionnées : pour cela on prend toutes les heures une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Prenez :

Infusion de tilleul chaude, 6 onces — 192 gram.
Tartre stibié, 4 grains 20 centigr.

Quelquefois l'on est obligé de débuter par certaines doses de ce médicament uni à l'ipécacuhana, de manière à provoquer des vomissemens rapides et assez violens. Le traitement par le tartre stibié doit être réitéré au moins tous les huit jours. On a vu des amaurotiques très avancés recouvrer promptement la vue.

Aux Indes, où cette maladie est très commune, on insiste sur l'usage des purgatifs drastiques. Lorsque l'on soupçonne la présence des vers, il faut les expulser par l'usage des meilleurs vermifuges connus, tels que le *semen contra*, la cévadille, l'huile de ricin, la poudre de fougère, l'huile empyreumatique de Dippel, celle de foie de morue, et le calomel.

Les fleurs et les feuilles de pêcher, qu'on n'emploie pas souvent en France, sont d'excellens vermifuges.

Les vermifuges doivent être répétés plusieurs fois et sous différentes formes, car c'est souvent à la longue et en changeant de médicamens, que l'on produit le résultat désiré.

Lorsque la maladie est la conséquence immédiate et instantanée d'une blessure du crâne, du déchirement d'un nerf, il faut d'abord chercher avec soin les corps étrangers qui pourraient être restés dans la plaie, puis panser celle-ci d'une manière convenable, afin d'avoir une bonne cicatrisation. Les plaies mal dirigées ont une ci-

catrisation vicieuse qui comprime les nerfs au point de nécessiter quelquefois leur section.

L'amaurose, résultat de l'ingestion des substances vénéneuses, doit être considérée sous deux points de vue thérapeutiques : l'empoisonnement peut être instantané et produit par l'ingestion d'une certaine quantité de subsance toxique, ou bien il s'est opéré peu à peu par l'usage habituel d'une substance délétère. Dans ces deux cas, le traitement ne doit point être le même. En admettant la première supposition, il faut penser d'abord à faire évacuer le poison, soit par l'administration de l'émétique à haute dose, soit par l'usage de la pompe aspirante, destinée à injecter des liquides dans l'estomac et à les ramener ensuite au dehors. On cite en Angleterre un grand nombre de guérisons obtenues par ce moyen ; aussitôt que la substance a été évacuée, il faut chercher à neutraliser l'action de ce qui pourrait rester par les antidotes reconnus les plus efficaces. Ces substances congestionnant aussi le cerveau, il faut en même temps pratiquer quelques saignées et appliquer des révulsifs sur les extrémités inférieures.

Lorsque l'empoisonnement s'est produit lentement, et n'a qu'à la longue déterminé l'amaurose, il est moins facile de remédier au mal, soit que la substance toxique ait été administrée comme médicament, soit qu'elle ait été absorbée lentement par différentes parties du corps, comme cela arrive dans les affections saturnines. Dans ces cas, il faut chercher à neutraliser l'action du médicament par un antidote approprié.

Si l'on a quelque raison d'attribuer la maladie à la suppression des exanthèmes, d'une suppuration habituelle, d'une sécrétion brusquement interrompue, il faut chercher à les rappeler par des bains irritans, des fric-

tions excitantes à la peau, des vésicatoires volans et de nouveaux exutoires.

Quant aux sécrétions, on cherchera à les rappeler par les moyens propres à chacune d'elles en particulier.

On opposera aux amauroses qui résultent de la faiblesse, de la misère, de la mauvaise alimentation, des peines morales, de l'allaitement et des suppurations prolongées, un traitement analeptique, régénérateur et fortifiant, une bonne nourriture, la décoction de quinquina, de bains aromatiques et gélatineux, les vins généreux, le lait sortant du pis de l'animal et le massage.

Lorsque l'amaurose n'a aucune cause appréciable, il est bien difficile de diriger contre elle un traitement convenable ; il est presque toujours nécessaire d'essayer diverses médications, souvent bien opposées, et sur lesquelles nous reviendrons en parlant du traitement propre à chaque espèce d'amaurose.

DIVISION DE L'AMAUROSE.

D'après tout ce que nous venons de dire dans les généralités sur l'amaurose, il est facile de s'apercevoir qu'elle n'a ni un siége unique, ni des causes uniformes ; c'est pour cette raison que nous avons cru devoir, pour en simplifier l'étude et le traitement, établir des divisions, ainsi que l'ont fait, depuis Beer jusqu'aujourd'hui, la plupart des ophthalmo-nosologistes.

Au milieu d'une foule de divisions proposées pour l'amaurose, nous avons cherché la plus simple, afin d'éviter l'embarras toujours croissant où se trouvent les auteurs même les plus modernes.

Nous croyons que l'amaurose peut rentrer dans deux

grandes divisions fondamentales, qui sont : l'*amaurose essentielle* ou idiopathique, et l'*amaurose sympathique* ou symptomatique.

Aux amauroses idiopathiques se rattachent toutes les altérations qui ont leur siége dans la rétine et le nerf optique. Les sympathiques ou symptomatiques comprennent les affections résultant des lésions des centres nerveux, de l'appareil rachidien et du système ganglionaire.

A. — AMAUROSE IDIOPATHIQUE.

L'amaurose idiopathique est celle qui a son siége dans la rétine et le nerf optique, par suite de la maladie de ces organes ou de leur changement de fonction, sans que les autres tissus qui les avoisinent ou qui communiquent avec eux soient atteints; cette maladie s'appelle aussi *amaurose essentielle*. Elle est très fréquente et s'annonce ordinairement de la manière suivante. Le malade éprouve quelquefois tout à coup, mais plus souvent progressivement une diminution notable de la vue ; cette faiblesse visuelle n'est accompagnée d'aucun autre symptôme qui puisse laisser croire à la lésion des centres nerveux, comme dans l'amaurose congestive.

Le malade voit tous les objets enveloppés d'un nuage, d'un voile ou d'un filet (*visus reticulosus*). S'il existe des douleurs, leur point de départ est dans l'œil, elles sont presque toutes accompagnées de la production d'étincelles et de cercles lumineux. L'iris est en général dilaté, peu impressionnable à la lumière ; souvent la pupille est irrégulière, et quelquefois même assez rétrécie.

Cette espèce d'amaurose est presque toujours occasionnée par d'anciennes inflammations de l'œil, suite de contusions directes dans l'organe et d'ophthalmies spécifiques. On conçoit comment elle peut prendre aussi le nom d'*organique* en raison des différentes modifications qu'ont pu subir les organes. Cette maladie reconnaît aussi pour cause la fatigue excessive de l'œil, surtout lorsqu'on l'applique à des travaux minutieux, tenus, et qui nécessitent l'emploi de loupes ou de microscopes.

Cette espèce d'amaurose est en général très grave, parce que les parties se sont éloignées de leur état normal, et ne peuvent y revenir que difficilement.

Quand cette affection est accompagnée de symptômes hypersthéniques, il faut la combattre par les moyens antiphlogistiques très actifs, les dérivatifs du canal intestinal, les frictions résolutives mercurielles autour de l'orbite, et les escharotiques employés aux tempes et sur le cuir chevelu.

Lorsque la maladie par contre est hiposténique, que les symptômes de faiblesse générale et locale sont bien évidens, il faut soumettre le malade à un régime fortifiant, analeptique, et aux bains thermaux excitans ; on pratiquera sur le front et sur les tempes des frictions avec des pommades fortifiantes, toniques ou excitantes. Voici celles qui réussissent le mieux :

Prenez :	Beurre de cacao fondu,	1 once = 32 gram.
	Moëlle de bœuf,	1/2 once = 16 gram.
	Huile de palmier,	id.
	— essentielle de noix muscade,	1 gros = 4 centigr.

Ou bien :

Prenez :	moëlle de bœuf,	1 once = 32 gram.
	Huile camphrée,	1/2 once 16 gram.

Succinate d'ammoniaque, 1 gros — 4 centigr.

Mêlez, f. s. l'art une pommade.

Professions. — Sont sujets à cette espèce d'amaurose ceux qui exercent des professions libérales et mécaniques, dans lesquelles l'œil est soumis à un travail continuel sur des objets très fins qu'il faut regarder fixément à la lumière éclatante, et avec des instrumens susceptibles non seulement de concentrer les rayons, mais encore d'augmenter le volume des objets : tels sont les ingénieurs qui lèvent des plans sur une très petite échelle, qui exercent des travaux de triangulation, dont l'œil est continuellement appliqué à un niveau, à un graphomètre, au sextan, etc.; les graveurs et les coloristes de cartes géographiques, les fabricans de pièces d'horlogerie, de précision, les graveurs de pierres fines, les bombeurs de verres, les fondeurs, et toutes les professions qui développent les ophthalmies et les inflammations profondes de l'œil.

Les tailleurs, les couturières, les brodeuses, enfin toutes les personnes qui se livrent à des travaux de couture excessivement ténus, contractent de bonne heure une faiblesse de vue qui passe rapidement à l'état amaurotique, sans suivre la marche des amauroses ordinaires.

Cette extinction graduelle de la vue, pourrait être considérée comme une *usure* de la vue, que l'on me permette cette expression ; en effet, la vue s'éteint sans douleur, comme une lampe qui brûle et s'éteint faute d'huile ; rarement la maladie reste stationnaire, parce que à l'époque où l'on réclame le secours des hommes de l'art elle a fait de tels progrès qu'il est impossible d'en arrêter la marche. Quelques amaurotiques de cette classe se sont guéris en changeant de profession.

Moyens hygiéniques. — Il serait à désirer que l'on pût faire comprendre à ceux qui sont obligés de se servir de l'œil armé de puissances microscopiques ou télescopiques, qu'il est indispensable non seulement de ne point trop prolonger l'exercice de cet organe, mais encore qu'il faut se servir indistinctement des deux yeux, pour qu'un œil se repose tandis que l'autre travaille. Rien n'est plus difficile cependant que d'obtenir cela des individus destinés aux professions dont nous avons parlé, ils invoquent l'habitude comme une seconde nature, et préfèrent risquer la perte de leur vue plutôt que de s'imposer un moment de gène et d'interruption de travail.

Dans le plus grand nombre des cas, ils ne recourrent même aux secours de la médecine que lorsqu'ils ont déjà presque perdu la vision.

Ceux qui s'exposent à une lumière éclatante sans se servir de microscope et d'autres instrumens, doivent employer des garde-vues, des lunettes légèrement colorées et autres moyens capables de diminuer l'intensité de la lumière.

B.—AMAUROSE SYMPATHIQUE.

L'amaurose symphatique est le résultat de symptômes provenant d'autres organes avec lesquels l'œil exerce des rapports très évidens, tels sont le cerveau, la moëlle épinière, l'abdomen et les organes génitaux, c'est pour cette raison que l'on a admis des amauroses *cérébrales*, *spinales*, *abdominales* et *ganglionaires*.

1° AMAUROSE CÉRÉBRALE.

L'amaurose *cérébrale* est celle qui a son siége dans une affection du cerveau avec ou sans transformation organique. De même que les précédentes, elle peut résulter de la faiblesse ou de l'irritation. L'irritation peut se manifester depuis la simple congestion jusqu'à l'inflammation et la transformation organique.

Le premier degré de cette amaurose existe dans la congestion du sang au cerveau, elle amène ainsi du trouble dans les fonctions visuelles. Cette espèce d'amaurose, que l'on nomme congestive, est presque toujours accompagnée de maux de tête, de somnolence, de fatigue générale, qui augmentent par le travail et diminuent par le repos. Le malade voit trouble; d'autres fois les objets paraissent plus brillans et plus éclairés; la vue s'interrompt brusquement, puis elle revient tout à coup; les yeux se remplissent de larmes, et le malade, au moment où il travaille, ressent dans l'intérieur de l'orbite des coups, des secousses se transmettant aux paupières qui tremblent et clignotent. Nous avons observé cette maladie chez les ouvriers mécaniciens qui travaillent la tête baissée, et chez les charrons, surtout ceux qui sont destinés au *travail des roues*.

La seconde variété d'amaurose cérébrale est celle qui résulte des inflammations du cerveau ou des épanchemens sanguins de cet organe; elle se manifeste très souvent à la suite des apoplexies, ce qui lui a fait donner aussi le nom d'amaurose *paralytique*. Dans quelques cas, elle se montre avec des phénomènes d'irritation, et alors on l'appelle *erethistique*. (Voyez *Amaurose des gens de lettres*.)

L'amaurose cérébrale a cela de propre qu'elle débute spontanément sans symptômes avant-coureurs ; un individu dans la force de l'age, bien constitué, s'en trouve quelquefois frappé tout à coup à son réveil, lors même qu'il s'est couché dans un état de santé parfaite. Dans les fièvres cérébrales, il n'est pas rare de voir des individus frappés de cécité pendant leur délire, et ne pouvant recouvrer la vue même lorsque les phénomènes cérébraux et les altérations fonctionnelles ont disparu. Cette espèce d'amaurose est souvent accompagnée de strabisme, de blépharoptose et d'autres symptômes paralytiques de la face et des membres.

2° AMAUROSE TORPIDE.

Cette amaurose passe rapidement de l'état d'irritation à celui de faiblesse, et prend alors le nom d'amaurose *torpide*. Dans l'amaurose torpide, non seulement tous les phénomènes d'irritation ont disparu, mais encore l'œil prend un aspect général de langueur, qui se révèle par la faiblesse de ses mouvemens, par la langueur et l'incertitude du regard ; le malade s'expose impunément à la lumière, il la recherche ; il marche la tête levée vers le ciel, tandis que dans les amauroses éréthistiques il cherche, en général, à se soustraire à l'influence des rayons lumineux ; la pupille est peu ou pas mobile, presque toujours dilatée ou déformée.

« Les évaporations et les lotions spiritueuses, dit M. Sichel (1), fortifient toujours momentanément la vue des personnes affectées d'amaurose torpide. Les objets

(1) Traité de l'*Ophthalmie, la Cataracte* et *l'Amaurose*. Paris, 1837.

leur paraissent presque tous présenter des couleurs plus sombres ; ils ne voient point de taches lumineuses ou colorées, mais seulement des filamens ou des disques noirs qui semblent fixés devant l'œil et presque toujours dans les mêmes rapports avec l'axe de cet organe, et ne se déplaçant qu'avec lui. Ces apparitions n'augmentent pas au grand jour, et semblent même diminuer quelquefois ou disparaître dans des endroits plus éclairés. Selon Himly les malades affectés d'amaurose torpide croient souvent apercevoir un réseau avec pulsation, phénomène qui s'explique peut-être par la pression de la choroïde sur la rétine. Aucune sensation tensive ou douloureuse n'accompagne cette espèce d'amaurose ; le malade se plaint quelquefois d'éprouver une certaine immobilité dans l'œil et un engourdissement ou insensibilité dans le voisinage de cet organe.»

Cette espèce d'amaurose est une des plus graves, parce qu'elle n'est que le résultat de la maladie d'un organe, qui, ayant subi une atteinte grave, conserve longtemps plus ou moins profondément des traces de cette affection.

Traitement. — Le traitement de l'amaurose cérébrale doit varier selon qu'elle est éréthistique ou torpide. Pendant que le premier état persiste, il faut la traiter comme une amaurose congestive, ainsi que nous l'avons indiquée ; mais lorsque l'état torpide est arrivé, il faut recourir aux moyens excitans généraux et locaux; c'est dans ce cas que l'on a employé avec succès la strychnine, soit à l'intérieur prise en pilules, soit par la méthode endermique. On dénude la peau à la tempe ou au front; on applique soir et matin sur le derme, avec un petit pinceau à miniature, un cinquième de grain de strychnine; si l'on ne veut pas se servir de pinceau, on peut

appliquer la strychnine après l'avoir mélangée à un peu de pommade de garou, d'après la méthode du docteur Miquel. Si cette substance produit des soubresauts dans les tendons et des tremblemens convulsifs, il faut la suspendre.

Au lieu d'employer la strychnine par la méthode endermique, nous l'administrons en pilules :

Prenez :

Strychnine,	2 grains 10 centigr.
Extrait de valériane, 9. s. pour faire 32 pil.	

A prendre une tous les matins à jeun pendant les cinq premiers jours ; on pourra ensuite en prendre une le matin et une le soir. Les personnes hémiplégiques pourront en prendre jusqu'à trois ou quatre par jour.

Cette substance doit être employée avec précaution, car elle peut occasionner des accidens tétaniques.

On peut aussi frictionner le front et les tempes avec un liniment irritant et contenant une certaine quantité de strychnine ; en voici la formule :

Prenez :

Huile d'olives,	4 onces = 128 gram.
Ammoniaque,	2 gros = 8 gram.
Baume de Fioraventi,	1/2 once = 16 gram.
Strychnine dissoute dans l'alcool,	6 grains 30 centigr.

Mêlez.

C'est dans cette espèce d'amaurose que l'on a employé quelquefois avec succès le collyre ammoniacal de Gondret et l'ustion sincipitale avec la pommade du même médecin.

M. Larrey recommande dans le même cas l'application de quelques moxas autour de l'orbite. C'est dans les

circonstances analogues qu'il faut recourir à l'administration de l'électricité et du galvanisme.

Dans l'amaurose torpide commençante, on peut faire usage avantageusement du collyre gazeux préparé d'après la formule suivante :

Prenez :

Eau distillée,	1 once = 32 gram.
Ether sulfur.	ãã 1 gros = 4 gram.
Ammoniaque.	

Mêlez.

Deux à trois fois par jour, on versera dans une petite baignoire ophthalmique (œillière) 1 à 10 gouttes de ce collyre et on appliquera sur l'œil le gaz qui se dégage ; aussitôt que l'on sentira des picotemens et qu'il y aura larmoiement, on l'appliquera sur l'autre œil.

M. Serre d'Uzès proposa de cautériser la partie inférieure de la cornée transparente avec le nitrate d'argent.

Nous avons employé deux fois avec succès les frictions de la pommade de tartre stibié sur le cuir chevelu, et nous avons eu soin d'entretenir pendant un mois la suppuration des boutons produits par la pommade escharotique.

3° AMAUROSE SPINALE.

L'amaurose *spinale* est celle qui se développe à la suite de blessures, de contusions, de fractures, de compressions, et de quelques maladies essentielles de la moëlle épinière. Il existe dans la science un grand nombre de faits ayant rapport au développement instantané de l'amaurose à la suite de contusions, blessures et autres lésions traumatiques de la colonne

vertébrale. Il n'est pas rare non plus de voir l'altération des os, les épanchemens sanguins, ou purulens amener la cécité, par cause de la concrétion, ou de la destruction de quelques fibres de la moëlle épinière. Mais ce qui est plus fréquent ce sont les amauroses, résultat d'une inflammation aiguë du cordon rachidien dans quelques miélites, ainsi que l'ont constaté Rachetti, Borda, Bergamaschi, etc.

Les symptômes de l'amaurose spinale sont à peu près les mèmes que ceux de l'amaurose cérébrale.

Traitement. — Le traitement varie selon que la maladie se présente à l'état aigu, ou à l'état chronique. Lorsque la maladie est à l'état aigu, après avoir eu recours aux saignées générales, on ordonne l'application des ventouses tout le long de la colonne vertébrale; on soumet le malade à des bains prolongés; Rasori et Borda employaient les frictions mercurielles à hautes doses sur le long du rachis.

Si la maladie est à l'état chronique, on pose des moxas le long de la colonne vertébrale, on panse les eschares avec la pommade de strychnine et l'on administre la même substance à l'intérieur.

On emploie aussi avec succès les bains et douches thermales, les bains de mer et ceux composés de plantes aromatiques; lorsque la maladie est le résultat de gibbosités, de ramollissemens des vertèbres ou d'un commencement de luxation, on la traitera par des moyens convenables.

4° AMAUROSE GANGLIONAIRE.

On a donné le nom d'amaurose *ganglionaire*, à une espèce d'amaurose toute sympathique des af-

fections des organes en relation directe avec le ganglion trisplanchnique; c'est par là que s'expliquent les phénomènes des amauroses qui proviennent des maladies du canal intestinal. Ces maladies contribuent tellement à la production de l'amaurose que quelques auteurs ont même admis des amauroses *abdominales*. Si nous suivions un système semblable, nous aurions tout autant de raison d'admettre une amaurose *précordiale*, *génitale*, *vésicale anthelmintique*, etc. C'est par ces sympathies ganglionaires que s'expliquent les amauroses, suite de la présence dans le canal intestinal de vers, de saburres, de substances délétères, etc. Ainsi s'expliquent encore et se produisent les amauroses dites *hémorrhoïdales* et *menstruelles*, lorsqu'il n'existe aucun phénomène de congestion.

Il faut ranger dans la même cathégorie les amauroses consécutives à l'onanisme, et à la spermatorrhée.

Traitement. — Le traitement des amauroses ganglionaires doit spécialement être dirigé vers l'éloignement et la destruction des causes qui produisent ou entretiennent la maladie. Lorsqu'on soupçonne des affections vermineuses, il faut employer les substances anthelmintiques, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Quant aux autres maladies du tube intestinal, elles réclament le traitement le plus convenable contre la nature du mal. Le traitement de la suppression des hémorrhoïdes est assez connu pour que nous puissions nous abstenir ici de l'indiquer; il en sera de même des phénomènes consécutifs à l'onanisme, à la spermatorrhée et à la suppression des règles.

Nous avons plusieurs fois, dans le cours de cet ouvrage, recommandé l'usage des préparations d'or, comme pouvant provoquer la menstruation, toutes les

fois que les moyens ordinaires avaient échoué ; c'est surtout dans le cas d'amauroses dites menstruelles, que nous en avons obtenu d'excellens résultats; nous regrettons de ne pas pouvoir rapporter ici une série d'observations sur les avantages de cette médication ; nous nous bornons à citer un seul cas, celui d'une jeune religieuse employée à l'hôtel des Invalides dans le service de M. Cornac. Cette malade qui nous avait été adressée par M. Ribes, médecin en chef de l'hôtel, était affectée d'une amaurose congestive, suite de dysmenorrhée qui avait résistée aux saignées répétées, aux topiques et aux emménagogues ferrugineux ; la malade fut mise à l'usage des préparations d'or, ses règles apparurent, et l'affection amaurotique disparut comme par enchantement.

Différens recueils de médecine ont fait mention de cette préparation (1), nous ne faisons ici qu'en donner un extrait.

Dans les premiers essais que nous fîmes, nous employâmes une dissolution de cyanure d'or, préparée d'après la formule suivante :

Prenez :

Cianure d'or,	3 grains = 15 centigr.	
Tenus en suspension dans l'alcool à 18 ou 20 degrés,	8 onces = 256 gram.	

On commence par faire prendre une cuillerée à café de ce mélange le matin et le soir. Ainsi quatre cuillerées à café représentant une once en poids d'alcool, le malade commence par deux trente-deuxièmes du médicament

(1) *Gazette des hôpitaux.—Bulletin de thérapeutique,* année 1835-1836 —*Journal des connaissances médicales pratiques,* année 1836, 1837.

que l'on peut porter successivement à des doses plus fortes (une cuillerée à soupe matin et soir.)

Nous dûmes à l'obligeance d'un médecin des hôpitaux, M. le docteur Mitivier, d'avoir pu faire à la Salpétrière des expériences avec les préparations d'or administrées pour faire disparaître les engorgemens articulaires, quelques femmes soumises à l'usage de ce médicament, et depuis quelque temps privées de leurs règles, virent le flux menstruel reparaître. C'est de ce fait que nous sommes partis pour expérimenter la valeur emménagogue du cyanure d'or dont nous avons fait longtemps usage et que MM. les docteurs Sellier, et Carron du Villards emploient paesque exclusivement depuis l'année 1835, contre l'aménorrhée et la dyménorrhée; mais de toutes les préparations d'or la plus sûre et la plus énergique est la suivante, qui nous appartient en commun avec un pharmacien distingué de Paris, M. Pierre Deleschamps.

Préparation chimique.

Prenez : Deutochlorure d'or sec, une partie.
Hydrochlorate d'ammoniaque cristallisée, 2 parties.

On fait fondre ces deux sels dans une quantité d'eau distillée suffisante en ajoutant quelques gouttes d'acide nitro-muriatique (eau régale) faible et l'on fait dessécher ce sel double.

Formule médicinale.

Prenez : Hydrochlorate d'or et d'ammoniaque
(sel double), 9 grains — 45 centig.
Eau distillée, 9 onces — 285 gram.

Alcool à 36 ,........9 onces = 288 gram.

A prendre une cuillerée à café le matin à jeun et une le soir avant de se coucher.

C. — AMAUROSES METALLIQUES.

Un grand nombre d'ouvriers, livrés à la manipulation de certains métaux, contractent une espèce d'amaurose que l'on est convenu de nommer *métallique*, tels sont ceux qui emploient spécialement le plomb, le mercure, l'antimoine, l'étain et le cuivre. Nous avons donné des soins à plusieurs fabricans de papier peint affectés d'amaurose mercurielle, et ils nous ont assuré que le papier vert donnait souvent cette maladie à cause du vert de gris que l'on emploie pour sa fabrication. Ceux qui débitent le papier peint, et qui, pour le faire voir aux chalands, sont forcés de le rouler et dérouler plusieurs fois par jour sont aussi exposés à contracter des amauroses métalliques, soit à cause de la poussière des subtances métalliques, soit à cause de l'action des différentes couleurs sur la rétine. Nous pourrions en dire autant des ouvrières coloristes, et nous avons remarqué que la vue de ces ouvrières était plus fatiguée, quand elles travaillaient sur le rouge.

1° AMAUROSE SATURNINE.

L'amaurose saturnine affecte particulièrement les fabricans de céruse, les broyeurs de couleurs, ceux qui passent au vernis la vaisselle de terre, les peintres en bâtimens, les fondeurs de caractères d'imprimerie,

les batteurs de plomb et d'étain, les fabricans de *dragées* en plomb pour la chasse.

Cette espèce d'amaurose peut exister sans aucun symptôme abdominal; d'autres fois elle se complique de phénomènes gastro-intestinaux reconnus généralement sous les noms de coliques métalliques, *des peintres*, *de la charité*.

Dans l'amaurose saturnine, la pupille est tantôt resserrée, tantôt dilatée; le fond de l'œil présente un très beau noir. Quoique en aient dit certains auteurs, l'amaurose saturnine peut exister sans qu'il y ait tremblement général dans les membres. Cette maladie affecte communément les deux yeux; nous avons observé trois cas d'amaurose saturnine: les malades n'éprouvaient aucune douleur dans les yeux, mais ils nous ont dit les avoir *lourds*, ce qui nous a décidé à prescrire un collyre stimulant concurremment avec le traitement général indiqué par les auteurs (1).

Cette maladie n'a pas de durée déterminée; elle peut exister pendant que le malade est affecté de la colique saturnine et disparaître en même temps qu'elle: quelquefois on ne parvient à la guérir qu'au bout d'un ou deux mois. Un des trois malades que nous avons observés, était affecté d'amblyopie avant d'entrer dans une fabrique de céruse où il a contracté l'amaurose saturnine; nous pensions que le malade resterait amaurotique, mais les *secousses*, qu'il a reçues par le traitement énergique que nous lui avons fait suivre, et l'action d'un collyre stimulant, non-seulement l'ont guéri de l'amaurose, mais

(1) On peut consulter à ce sujet le travail complet de M. Tanquerel-des-Planches ayant pour titre: *Des Maladies de plomb ou Saturnines*.

encore son état amblyopique s'est amélioré considérablement.

Traitement et moyens hygiéniques.—Éloigner le malade de la cause délétère qui lui a fait contracter la maladie ; insister sur les dérivatifs énergiques ; faire boire aux malades des limonades légèrement hydrosulfureuses, tels sont les principaux moyens à mettre en usage pour combattre l'amaurose saturnine.

Nous allons rapporter ici deux cas d'amaurose saturnine guéris par une méthode nouvelle par M. James Alderson, médecin de l'infirmerie générale de Halle.

« OBSERVATION Ire.—E... C...., âgée de 25 ans, travaillait au plomb depuis sept ou huit ans, sans avoir jamais été atteinte de paralysie. Il y a environ six semaines elle s'aperçut que ses mains se paralysaient, environ trois semaines avant l'affaiblissement de la vue. En ce moment l'amaurose est complète ; les pupilles sont un peu dilatées. Les jambes sont également paralysées, mais la malade ne peut lui dire depuis quelle époque. (4 grammes de sulfate de magnésie avec deux gouttes de Laudanum dans 30 grammes d'infusion de roses, toutes les quatre heures ; 5 décigrammes de poudre d'ipécacuanha le soir ; friction avec un liniment stimulant sur le cou et le long de l'épine ; alimentation substantielle. »

« Pendant trois semaines ce traitement fut employé sans aucune amélioration dans la vue, bien que la paralysie des membres diminuât notablement. On appliqua alors un bandage qui fermait exactement les yeux, et qui fut gardé le jour et la nuit. — Le 14 février, amélioration notable. (Quinine à l'intérieur.) La malade distingue les objets, mais confusément. — Le 18 février elle peut lire de gros caractères ; peu de temps après guérison complète. »

Obs. IIᵉ. — Élisabeth Dyson, âgée de 18 ans, avait une amaurose complète et une paralysie des mains ; elle dit avoir travaillé neuf mois au plomb et avoir eu plusieurs fois la colique, qui cède toujours à l'administration du castoréum. Un bandage fut appliqué comme dans le cas précédent, et maintenu exactement jour et nuit. — Le 24 juin, la vision est un peu revenue ; il y a aussi de l'amendement dans la paralysie. — Le 8 juillet la guérison est complète» (1).

Si la maladie est très opiniâtre il faut employer l'électricité, l'acupuncture et la strychnine par la méthode endermique comme nous l'avons dit en parlant de l'amaurose torpide.

On doit conseiller aux ouvriers qui sont exposés aux vapeurs saturnines, de se laver les mains avant leurs repas et surtout de ne pas manger dans les ateliers. Si ceux qui sont sujets à la colique de plomb, voulaient s'habituer à boire souvent de la limonade hydrosulfurique, et à prendre des bains hydrosulfureux, sans contredit la colique par le plomb et les autres phénomènes consécutifs deviendraient excessivement rares.

Dans les fabriques de céruse on peut employer avec succès l'appareil du colonel Paulin, ainsi que l'a fait M. Roard, fabricant de céruse à Clichy.

2° AMAUROSE MERCURIELLE.

Les doreurs sur métaux, les étameurs de glaces, les épurateurs d'or par le mercure et les mineurs, sont sujets à l'amaurose mercurielle ; cette maladie présente à peu près les mêmes symptômes que la précédente, seu-

(1) *Med. chir. transact.*

lement, nous avons vu l'amaurose mercurielle presque toujours accompagnée de tremblement des membres.

Traitement. — Le traitement de cette espèce d'amaurose consiste dans l'emploi de quelques collyres stimulans, de révulsifs, et surtout de purgatifs drastiques.

Moyens hygiéniques. — Les moyens hygiéniques consistent à préserver les ouvriers des vapeurs mercurielles ; nous avons pu nous convaincre par notre propre observation que les *fourneaux d'appel dits à la Darcet* ne remplissaient pas leur but, et que, malgré leur emploi, les travailleurs subissaient l'influence du mercure.

M. le colonel Paulin, qui s'est occupé avec le plu grand succès de la confection et de l'emploi d'un apparei destiné à soustraire les pompiers à l'action des gaz nuisibles à la santé et de prévenir l'asphyxie, surtout dans les *feux de cave*, a eu l'heureuse idée d'appliquer son appareil à l'art du doreur, et de préveuir ainsi une foule d'accidens auxquels cette profession est exposée.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL.

L'appareil de M. Paulin consiste en une large blouse de basane à laquelle est adaptée d'une manière solide un masque mi-cylindrique en verre, d'une demi-ligne d'épaisseur, surmonté d'un soufflet à soupape qui ne permet pas à l'air de pénétrer sous la blouse, tout en permettant à l'homme qui en est revêtu de s'en servir pour indiquer ce qu'il veut.

On fait arriver dans cette blouse, soit à l'aide d'une pompe foulante, soit à l'aide d'un soufflet, de l'air qui se renouvelle et qui tient l'homme dans une atmosphère respirable. Cette blouse est fermée aux poignets et à la

ceinture par des bracelets et par une courroie, mais les bracelets et les courroies ne sont pas assez serrés pour que l'excès de l'air ne puisse s'échapper et repousser l'air infect qui tendrait à pénétrer dans la blouse par ces voies.

M. Paulin ayant appris par la fréquentation des ateliers de doreurs, que non seulement les vapeurs mercurielles, mais encore le contact de la peau avec les substances employées, donnaient lieu à des accidens graves, s'est occupé de la fabrication d'un gant destiné à mettre les ouvriers à l'abri de tout inconvénient. Grâce à l'obligeance de M. Lebegue, doreur sur métaux, nous avons pu visiter ses ateliers et nous convaincre des heureux résultats obtenus par l'ingénieux appareil de M. Paulin.

3° AMAUROSE SULFUREUSE.

L'amaurose sulfureuse ne diffère des précédentes que par les causes qui l'ont produite. Sont sujets à cette espèce d'amaurose les ouvriers qui extraient le soufre, le fondent ou s'en servent dans leurs travaux; nous l'avons observée une fois chez un fabricant d'allumettes, et deux fois chez des blanchisseurs d'étoffes qui étaient chargés de soumettre leurs étoffes à la vapeur du soufre enflammé.

Traitement et moyens hygiéniques. — Le traitement thérapeutique de l'*amaurose sulfurée* est le même que pour les autres amauroses métalliques; quant aux moyens hygiéniques, ils doivent être fondés sur un bon système de *ventilation* dans les fabriques où l'on emploie le soufre, afin d'établir un courant qui puisse chasser les gaz délétères et renouveler l'air à volonté.

§ III. — BLÉPHAROPLÉGIE.

SYN. — *Chute de la paupière supérieure. — Blépharoptose. — Ptosis. — Atoniatonblepharon.*

A. — *Siége et symptômes.* — Il y a deux espèces de chute de la paupière : l'une est due au relachement ou à l'allongement de la paupière, suite de faiblesse ou résultat de relâchement de celle-ci ; l'autre dépend de la paralysie plus ou moins complète du muscle releveur de la paupière. La faiblesse et l'allongement de la paupière sont presque toujours consécutifs à d'anciennes inflammations, à la leucophlegmasie, terminant quelques fièvres éruptives ou à quelques cas d'anasarque générale. Le malade ne peut point ouvrir la paupière volontairement, pour y parvenir, il a besoin du secours de son doigt, mais lorsque la paupière est ouverte, si les tissus ne sont pas trop engorgés, l'action du releveur suffit pour la maintenir ouverte ; dans la paralysie au contraire la paupière retombe aussitôt qu'elle est abandonnée par le doigt. Dans la paralysie du releveur de la paupière, on observe presque toujours simultanément celle d'un ou plusieurs muscles de l'œil, ce qui occasionne le strabisme et l'amblyopie. Souvent la chute de la paupière est un signe précurseur de l'apoplexie et de l'hémiplégie.

La chute de la paupière consécutive à l'œdème ou au relachement disparaît presque toujours en même temps que la cause occasionnelle.

Traitement. — Les frictions excitantes, les sudorifiques, les diurétiques, les applications aromatiques, suffisent presque toujours pour faire disparaître la maladie.

Il est des cas où la paupière est tellement relachée que les médications les plus énergiques ne suffisent point pour lui faire reprendre son état normal ; force est alors de recourir à une déperdition de substance de la peau, que l'on pratique, comme dans l'opération de l'entropion (V. *ce mot*).

Lorsque la chute de la paupière est le résultat d'une véritable paralysie, lorsque surtout elle est consécutive à des phénomènes cérébraux, la guérison se fait attendre, souvent même le mal est incurable.

Après avoir combattu les phénomènes cérébraux occasionnels, il est quelquefois nécessaire de recourir à la galvano-poncture, au moxa, aux linimens escharotiques, et souvent à l'application du cautère actuel. Il est des cas où l'administration interne et l'application externe de la strychnine fournit de bons résultats.

Dans les cas de blépharoplégie opiniâtre, on peut employer avec avantage l'huile de fenouil avec du gaz ammoniaque en frictions sur la paupière ou des douches dirigées sur l'occiput.

Nous avons guéri dernièrement une blépharoplégie, résultat de l'usage immodéré des cataplasmes émoliens sur les paupières avec le liniment de Reil.

Prenez :

Huile de laurier,	2 gros	— 8 gram.
— de macis,	1 gros 1/2	— 6 gram.
— de girofle,	1/2 gros	— 2 gram.
Beaume du Pérou,	2 gros	— 8 gram.

Mêlez et faites des frictions sur les tempes et sur les paupières.

CLASSE SECONDE.

MALADIES OCULAIRES ORGANIQUES.

CHAPITRE Ier.

MALADIES DE L'ŒIL PAR ALTÉRATION CHIMICO-ORGANIQUE.

§ I. CATARACTE.

SYN. — *Gutta obscura.* — *Hyppochima.* — *Gutta opaca.* — *Hyppocrisis.* — *Suffusio.* — *Aqua caliginosa.* — *Glaucosis.*

Historique. — Par cataracte on désigne l'opacité du cristallin ou de ses annexes; cette dénomination a été le résultat d'une erreur qui consistait à croire que la cécité était produite par une eau trouble qui tombait dans l'œil, ainsi que le démontre le mot grec *catarasso*, je tombe.

Pour les hommes qui ont pu lire et commenter Hippocrate dans les textes originaux, il est reconnu que le père de la médecine avait une idée très précise de la nature de la cataracte et de son siége. Cette doctrine serait

sans contredit, parvenue jusqu'à nous et aurait évité une série d'erreurs qui régnèrent jusqu'au dix-septième siècle, si Galien n'eût point écrit que le cristallin était indispensable à la vision. Il n'est venu dans l'idée de personne de contrôler la parole du maître, et c'est le hasard qui mit Remy Lasnier et Carré sur la trace de la vérité. Malgré les démonstrations frappantes qu'ils firent de la nature et du siége de la cataracte, ils eurent de la peine à faire prévaloir leur opinion ; encore fallut-il que celle-ci fut étayée par les expériences physiques de Gassendi, Kepler et de Mariotte pour donner du poids aux démonstrations de ces chirurgiens. Malgré tout cela, l'erreur de Galien eut porté longtemps encore ses fruits, si Brisseau de Tournay n'eût démontré à l'Académie des sciences, le scalpel à la main, que le cristallin opaque formait la cataracte, et que celui-ci n'était point indispensable à la vision. Un respectable médecin de Paris atteint de double cataracte, offrit ses yeux en holocauste sur l'hôtel de la vérité, et il en fut récompensé par une guérison prompte et radicale, résultat de deux opérations que lui pratiqua Merry.

Dès cette époque, les dissections d'yeux cataractés n'ont plus laissé de doutes sur la vérité que l'opération de la cataracte par extraction a rendue incontestable.

A. *Siége et symptômes généraux.* — Les symptômes de la cataracte à leur début sont en général très vagues et sont communs à une foule d'affections congestives et nerveuses de l'œil, car il existe déjà des symptômes très apparens de diminution de la vue, de visions nébuleuses, de taches opaques, lorsqu'on regarde la lumière sans que l'œil puisse apercevoir aucun changement de transparence dans le cristallin de l'organe affecté. Ce n'est qu'en se servant d'une forte loupe que l'on aperçoit dans

le cristallin ou dans ses annexes une diminution de transparence, qui avait échappée à l'œil dépourvu de puissances optiques.

Le malade craint la lumière, il recherche une demi-obscurité, parce que, d'un côté, il est mieux à son aise et que, de l'autre, il y voit plus commodément. Peu à peu, il se forme dans une partie du cristallin ou de sa capsule une légère opacité qui peut être, soit au centre, soit à la circonférence. Dans un grand nombre de cas, la formation de la cataracte est précédée ou accompagnée de maux de tête, de douleurs orbitaires, de phénomènes congestifs et de douleurs dans l'intérieur de l'œil; mais, le plus souvent elle se présente isolée chez des hommes bien portans sans leur faire éprouver aucune douleur ni aucun autre symptôme concomitant.

La cataracte peut rester bien des années sans devenir complète, tandis que, dans certains cas, elle se forme presque instantanément; tout le monde connaît l'histoire du dénonciateur de Dessault, qui fut pris d'une colère si vive au moment où il sut que l'illustre chirurgien venait de recouvrer sa liberté, qu'il fut immédiatement cataracté.

Plusieurs personnes qui s'étaient couchées ayant la vue en bon état, se sont trouvées cataractées le lendemain à leur réveil.

Quand la cataracte est le résultat de causes traumatiques, elle se manifeste aussi dans un espace de temps fort court; nous avons vu deux individus chez lesquels la cataracte s'était formée en moins de vingt-quatre heures.

DIVERSES ESPÈCES DE CATARACTES ET SYMPTÔMES QUI LEUR SONT PROPRES.

D'après ce que nous avons déjà dit, on a dû pressentir que la cataracte avait divers siéges : tantôt elle réside dans le cristallin, tantôt dans sa capsule, tantôt enfin dans l'humeur de Morgagni; c'est en raison de ces siéges divers que l'on a créé trois grandes divisions principales de cette maladie, qui sont : 1° La cataracte cristalline ou lenticulaire; 2° La cataracte capsulaire ou membraneuse ; 3° La cataracte morgagnienne ou laiteuse. Lorsque l'opacité affecte plusieurs parties à la fois, on l'appelle cataracte mixte, soit cataracte capsulo-lenticulaire, ou capsulo morgagnienne; ces diverses espèces de cataracte, en raison de la forme, de la couleur qu'elles revètent, ont pris une foule de noms dont nous nous occuperons plus tard.

1° CATARACTE LENTICULAIRE.

La cataracte lenticulaire a son siége dans la substance propre du cristallin, elle peut être partielle ou générale, sa couleur n'est pas toujours la même, elle varie depuis le blanc nacré, jusqu'au vert de mer; de ces deux couleurs extrêmes naissent des dédoublemens de coloration, depuis le gris de perle jusqu'au jaune presque citron. La cataracte cristalline peut être dure, molle, ou avoir des ramollissemens partiels; rarement elle est d'une consistance uniforme, c'est vers le centre qu'existe sa plus grande solidité et son opacité la plus prononcée. Quelquefois le cristallin paraît formé par trois fragmens qui

se réunissent en pointes et qui paraissent séparés par trois lignes blanches et opaques qui partent de la circonférence pour aboutir au centre, où elles forment un entrecroissement particulier qui a fait donner à cette cataracte le nom de *trabéculaire*; dans d'autres circonstances, le cristalin a diminué peu à peu; il s'est comme racourci et il flotte, soit dans un liquide incolore, maintenu dans les capsules saines, soit au milieu d'un liquide légèrement laiteux; toutes les fois que l'œil se meut, le cristallin s'ébranle et oscille pendant quelques instans, c'est ce qui a fait donner à cette cataracte le nom de cataracte *branlante*, *flottante*, *cataracta natatilis* des Allemands.

Il existe aussi des cataractes qui, en raison de leur nature, ont pris le nom de cataractes *plâtreuses*, *crayeuses*, *osseuses*, ou *pierreuses*.

2° CATARACTE CRISTALLINE.

La cataracte cristalline est celle qui se forme le plus lentement, toutes les fois qu'elle n'est pas le résultat d'une cause traumatique. C'est presque toujours vers le centre que l'opacité commence; c'est pour cette raison que les malades conservent pendant longtemps assez de vision pour se conduire et même pour lire, ce que l'on ne saurait croire en examinant l'œil au centre, mais dont on se rend parfaitement raison, lorsque l'on fait dilater la pupille avec un extrait narcotique, en reconnaissant que la grande circonférence du cristallin est encore complètement perméable aux rayons lumineux.

3° CATARACTE CAPSULAIRE.

Comme l'indique le nom de cette espèce de cataracte,

son siége est dans la capsule du cristallin ; c'est la lame antérieure de la capsule qui est plus épaisse que la postérieure, et qui devient le plus ordinairement le siége de l'opacité ; celle-ci se présente sous la forme de légères stries qui convergent de la circonférence au centre, ou bien par deux petits points clairsemés qui se rapprochent peu à peu en augmentant de volume, et qui représentent des nuages ou des dessins bigarrés ; lorsque la maladie est arrivée ensuite à un certain degré de développement, elle prend une coloration d'un blanc mat ; cette cataracte diminue presque toujours le diamètre de la chambre postérieure de l'œil, quelquefois même, la capsule s'hypertrophie tellement qu'elle s'adosse à la partie postérieure de l'iris, alors les mouvemens de la pupille sont difficiles, et souvent même impossibles.

Si le siége de la cataracte cristalline est dans la capsule postérieure, le cristallin peut être entièrement transparent, et l'on s'aperçoit que l'opacité est dans une plus grande profondeur ; que la cataracte a une forme concave, surtout appréciable quand on regarde l'œil de biais ; dans ce cas-ci, la pupille conserve toute sa mobilité ; le plus ordinairement l'opacité du cristallin coïncide avec celle de la capsule, ce dont il est facile de se convaincre en suivant la pratique des hommes qui se livrent particulièrement à l'extraction de la cataracte, ainsi que je le démontrerai dans le cours de ce chapitre.

La cataracte capsulaire offre un grand nombre de variétés auxquelles on a donné le nom de cataractes *capsulaire*, *enkystée*, *pyramidale*, *fausse*, *albumineuse*, *dentritique* ou *arborescente*. Nous ne parlons point en détail de ces diverses espèces de cataracte qui ne diffèrent les unes des autres que par la coloration et la forme des dessins composant l'opacité.

4° CATARACTE MORGAGNIENNE OU LAITEUSE.

Cette cataracte est plus fréquente qu'on ne le croit; la plupart des cataractes congéniales appartiennent à cette espèce, et c'est ainsi que s'opère la fusion complète du cristallin qui baigne au milieu du liquide morgagnien. Marc-Antoine Petit a observé qu'il existait souvent au centre du liquide latigineux un noyau de cristallin assez dur; il y a des cas où le cristallin est entièrement sain, de même que la capsule, l'humeur de Morgagni seule est affectée; cet état ne dure que fort peu de temps, car le cristallin ou s'imbibe, ou se ramollit, ainsi que l'a constaté M. Carron du Villards.

La cataracte morgagnienne se termine presque toujours par le ramollissement complet, et forme alors la cataracte *laiteuse* ou *diffluente pure*, c'est-à-dire sans opacité de la capsule; ce cas est excessivement rare, mais il existe; il est alors facile d'y reconnaître quelques oscillations, non point uniformes et de toute pièce comme dans la cataracte branlante, mais analogues à celles des corps flottans dans des liquides; à l'aide d'une forte loupe, il est facile de suivre ces mouvemens et de calculer la densité des flocons; la plupart des malades atteints de cette espèce de cataracte ne voient que le jour et la lumière; toute autre faculté visuelle est interrompue; dans quelques cas même, lorsque l'œil a été longtemps en repos, comme après un sommeil profond et prolongé, on dirait qu'il s'est formé un dépôt à la partie inférieure de la capsule, tandis que la partie supérieure paraît éclaircie; aussitôt que l'œil se meut, tout rentre dans l'état primitif.

5° CATARACTE CAPSULO-LENTICULAIRE.

C'est la plus fréquente de toutes les espèces de cataracte. De même que l'opacité de la capsule finit par se transmettre à la longue au cristallin, de même l'affection de celui-ci finit par se transmettre à son tour à la capsule. On peut se convaincre de ce fait en lisant la thèse de M. Maunoir sur les opérations de cataracte pratiquées à la Charité. Le diagnostic de cette espèce est d'autant plus important à bien établir, que dans l'acte opératoire elle nécessite des manœuvres particulières. La cataracte capsulo-lenticulaire est en général d'une couleur peu uniforme : on observe des stries et des nuages ; elle est plus volumineuse que la cataracte lenticulaire ; elle diminue la chambre postérieure, et elle fait quelquefois saillie à travers la pupille. Les ophthalmologistes allemands ont créé, d'après Béer, une foule de désignations de noms pour de très légères modifications apportées à la couleur, la forme, la densité de la cataracte capsulo-lenticulaire. Toutes ces désignations sont peu importantes pour la science, et jettent dans celle-ci une foule de noms qui compliquent singulièrement et à pure perte les nomenclatures ophthalmologiques.

6° FAUSSES CATARACTES.

C'est en vertu des mêmes principes que nous venons d'émettre que nous rejetons de la classe des cataractes celles que les auteurs anciens et modernes s'étaient plu à nommer *fausses cataractes* : ou le cristallin est malade, et alors c'est une cataracte ; ou il est sain, et dans ce cas la désignation est vicieuse, et l'on doit nommer la

maladie un épanchement séreux, lymphatique, sanguin ou purulent, n'ayant pas son siége dans l'appareil du cristallin, et revêtant des formes et des densités variées, au lieu d'en faire des cataractes *séreuses*, *lymphatiques*, *sanguines*, *purulentes*, etc.

7° CATARACTE NOIRE.

D'après les observations rapportées par Rolfinck, Wenzel, Janin, Pellier, Coze, Saint-Yves, Gendron, et MM. J. Cloquet, Velpeau, Sichel, Carron du Villards, Luzardi, Cunier et les nôtres, on ne peut plus révoquer en doute la fréquence de la cataracte noire. Il faut être très réservé en portant son jugement sur un œil privé de la vue, et dont le champ de la pupille paraît très noir; il peut y avoir une cataracte noire, et si l'on affirmait que c'est une amaurose, on courrait la chance de recevoir un démenti public, comme celui que donna à Wanswieten et Dehaën le baron de Wenzel, lorsqu'il fit en leur présence l'extraction de deux cataractes noires à un grand dignitaire de l'armée allemande qu'ils avaient déclaré amaurotique.

Les personnes atteintes de cataracte noire distinguent le jour de la nuit; ils voient la lumière entourée d'un nuage et les mouvemens de la main que l'on passe devant leurs yeux. L'iris est mobile, quelquefois bombée en avant, le fond de l'œil paraît très noir, mais d'un noir de fumée; quand on dilate fortement la pupille, on observe souvent à la grande circonférence des points blanchâtres qui avaient échappé à l'observation, la pupille se trouvant à l'état normal. La cataracte noire est presque toujours lenticulaire. Si les expériences ten-

tées par M. Sanson (1) pour reconnaître les cataractes sont confirmées par de bons résultats, leur application trouvera sa place dans le diagnostic de la cataracte noire.

8° CATARACTE VERTE.

On a donné le nom de cataracte verte à une coloration particulière du cristallin ressemblant au glaucôme, mais qui en diffère essentiellement, parce que la coloration verte existe immédiatement derrière l'iris, que celui-ci est sain, et que non seulement la pupille est régulière, mais encore mobile et produisant un reflet noir qui semble avoir encadré le cristallin. Le sujet atteint de cataracte verte distingue le jour de la nuit, les couleurs très prononcées et les corps lumineux; dans le glaucôme au contraire, la couleur verte est profonde, concave, elle offre des reflets métalliques; l'iris est décolorée, la pupille irrégulière et immobile, ses bords sont tranchans et amincis. Enfin la sclérotique est presque toujours bleuâtre et parsemée de petits vaisseaux variqueux, la vue est perdue presque en totalité, lors même que la maladie est encore peu avancée.

(1) On attribue généralement à M. Sanson la première idée de présenter une lumière au devant de la pupille pour produire les trois images de la flamme. Moi-même, au commencement de ce livre, page 31, j'ai décrit avec beaucoup de détails les expériences de M. Sanson. Cependant, des recherches faites tout récemment prouvent que c'est à un médecin allemand, M. J. Purkinje, qu'appartient le procédé attribué à M. Sanson. En effet, M. Sanson a publié ses expériences en 1837, et M. Purkinje en avait parlé en 1823, dans une thèse inaugurale, ayant pour titre: *Commentatio de examine physiologico organi visus et systematis cutanei, quam pro loco in gratioso medicorum ordine rite obtinendo die* XXI déc. MDCCCXXIII, etc. *Publice defendet J. Purkinje, assumpto socio G. Kraus (Vratislaviæ. 8° paginarum 58 cum tabul. lithog.)*

B. — *Diagnostic.* — Une cataracte, exempte de toute espèce de complication, présente presque toujours un diagnostic assez facile. Au lieu de la couleur noire qu'offre la pupille dans l'état sain, on remarque une tache blanche, grise, jaunâtre, brune ou verdâtre. Les taches de la cornée connues sous le nom de *taies*, pourraient exposer les médecins peu versés dans l'étude des maladies des yeux, à commettre une erreur de diagnostic; mais il suffit de regarder l'œil obliquement pour s'assurer du siége de la maladie.

Chez les enfans la cataracte est ordinairement membraneuse.

Chez les vieillards elle est presque toujours cristalline.

Quand l'opacité est très prononcée la cataracte est souvent cristalline.

Lorsque la cataracte se manifeste à la suite d'un coup ou d'une chute sur l'œil ou sur la tête elle est très souvent membraneuse.

Si elle commence par un seul point au centre de la pupille il est probable qu'elle soit cristalline.

Si au contraire elle se manifeste par une tache blanche perlée, resplendissante et parsemée de petits points blancs, plus opaques les unes que les autres, on a tout lieu de croire qu'elle est membraneuse.

C. — *Diagnostic différentiel.* — La cataracte pouvant être confondue avec l'amaurose et le glaucome et quelques maladies de la rétine, voici les signes qui peuvent éloigner les erreurs de diagnostic.

1° *Dans la cataracte*, on aperçoit toujours une opacité plus ou moins grande, plus ou moins avancée derrière la pupille; celle-ci est mobile et projette presque toujours une ombre qui se reflète sur la cataracte.

L'ouverture pupillaire est uniforme, et s'il existe quelques uns de ces points qui se contractent irrégulièrement, on peut presque toujours en assigner la cause à des adhérences contractées avec le cristallin, et dont l'application de la belladone démontre promptement la nature et le siége. Après l'emploi de ce médicament, le malade voit mieux, surtout à l'entrée de la nuit ; le regard est vif et parfaitement isocrone dans les deux yeux.

3° La diminution de la faculté de voir est en raison directe de l'augmentation du trouble qui se forme derrière la pupille.

4° Ce trouble s'étend ordinairement du centre à la circonférence et rarement dans le sens inverse.

5° Tous les objets, surtout ceux qui sont blancs paraissent enveloppés d'un léger nuage, ou sales et couverts de poussière.

6° A mesure que la cataracte se forme, on voit se dessiner, dans les yeux dont l'iris est d'une couleur claire, un cercle noirâtre qui borde la pupille.

7° Ainsi que nous l'avons dit, la cataracte commence le plus souvent au centre, aussi le malade perd d'abord la faculté de voir les objets situés en face de lui, tandis qu'il distingue encore très bien ceux qui se trouvent sur les côtés, surtout lorsque la pupille est dilatée.

8° C'est à la même raison qu'il faut attribuer l'éblouissement complet, qu'éprouve un malade affecté d'une catarecte tant soit peu avancée, lorsqu'il est placé dans un lieu très éclairé, tandis qu'il distingue encore assez bien ce qui l'environne dans un appartement, où ne pénètre qu'un petit nombre de rayons lumineux ; si au contraire la maladie est commençante ; il suffit de tourner le malade dans le sens opposé au jour pour rétablir momentanément la vision.

9° Dans le commencement d'une cataracte, la flamme d'une bougie paraît entourée d'une aréole blanchâtre qui s'étend à mesure que le malade s'en éloigne. A un degré beaucoup plus avancé, celui-ci ne peut distinguer la flamme, mais seulement indiquer le lieu où elle se trouve et s'il en est plus ou moins rapproché.

Dans l'amaurose : 1° Le malade voit mieux au grand jour, qu'à la tombée de la nuit.

2° La pupille est fortement dilatée, ou extrêmement contractée, plus souvent encore difformée. La sclérotique est parsemée de vaisseaux variqueux, l'œil est sans expression, et le malade en proie à des douleurs assez vives dans le globe de l'œil et ses annexes.

3° Le regard est terne, multivague, hébété, souvent compliqué de strabisme, ou de lucité.

4° S'il existe une opacité, elle est très éloignée de la pupille, ce dont on peut s'assurer en regardant l'œil de côté.

5° La cornée n'offre plus le degré de transparence, qu'elle a dans l'état sain.

6° Le malade ne distingue pas plus les objets situés sur les côtés que ceux qui lui sont directement opposés.

7° La promptitude avec laquelle la faculté de voir augmente ou diminue souvent chez les individus affectés d'amaurose incomplète, ne dépend jamais de la dilatation de la pupille, ainsi que cela a lieu dans la cataracte commençante; mais ces variations tiennent à des influences, à des causes accidentelles qui exaltent ou affaiblissent subitement les propriétés vitales.

8° Les lunettes, de quelque espèce qu'elles soient, ne sont d'aucun secours aux malades affectés d'amaurose; tandis que dans la cataracte les lunettes convexes sont

un excellent moyen palliatif, tant que l'opacité du cristallin est encore faible.

9° L'aréole qui entoure la flamme d'une bougie, et que le malade aperçoit aussi dans le commencement de l'amaurose, ne ressemble pas à un nuage blanc, mais présente les couleurs d'arc-en-ciel. Bien plus, la flamme même de la bougie offre aussi ces dernières couleurs et paraît comme déchirée dès que le malade s'en éloigne beaucoup.

Quant au *glaucome*, au commencement, son siége est profond, la maladie se rapproche du cristallin qu'elle envahit peu à peu; alors l'iris devient immobile, oval, déformé, il change de couleur et toute vision est anéantie, lors même que la maladie n'a fait que peu de progrès.

D. — *Complications de la cataracte.* — La cataracte ne marche pas toujours isolée; de nombreuses maladies viennent la compliquer, entraver sa marche et faire perdre l'espoir de pratiquer heureusement l'opération. Ces principales complications sont les maladies de la cornée, de l'iris, l'amaurose, la choroïdite chronique, les transformations du corps vitré et les altérations de la rétine; aussi avant d'entreprendre une opération, est-il indispensable de s'assurer si la cataracte n'est point compliquée de quelques unes des altérations dont nous venons de parler; on les reconnaîtra en les comparant aux symptômes que nous avons déjà énumérés et à ceux qui sont propres à chacune de ces maladies.

E. — *Durée et terminaison.* — Rien n'est variable comme la durée du temps que met la cataracte à accomplir sa formation entière. Souvent, elle se forme dans une nuit; d'autres fois un individu qui avait joui pendant cinq ou six ans d'une vue très faible, il est vrai, grâce aux opacités partielles, est tout à coup frappé d'un

aveuglement complet ; par contre, il est des hommes dont la cataracte reste stationnaire toute la vie, et qui se résignent à jouir d'une vue douteuse, plutôt que de se décider à subir l'opération. M. R*** d'Aubusson, âgé de 50 ans, atteint dès sa plus tendre enfance d'une cataracte capsulo-lenticulaire, jouit de certaines facultés visuelles qui n'ont ni perdu ni gagné ; au contraire, il est des cataractés de naissance qui n'y voyaient presque pas dans les premières années de leur vie, et qui acquièrent une vue meilleure à mesure que leurs cristallins s'absorbent.

La cataracte n'a jamais de terminaison fâcheuse, si ce n'est lorsqu'on la laisse exister pendant un très grand nombre d'années ; dans ce cas, le nerf optique s'affaiblit et occasionne une amaurose analogue à celle qu'éprouvent ceux qui ont été renfermés pendant plusieurs années dans des lieux obscurs.

F. — *Pronostic.* — Le pronostic de la cataracte est toujours grave, parce que cette maladie ne guérit point par les moyens médicaux et qu'il faut toujours recourir à une opération chirurgicale ; quant à celle-ci, lorsqu'elle est convenablement pratiquée, c'est une de celles de la chirurgie qui fournissent les plus brillans résultats. Les chances seront d'autant plus favorables que la maladie sera moins ancienne, la cataracte de bonne nature, libre de toute complication, existant chez un sujet sain et âgé de plus de 50 ans, ou de moins de 10 ans.

Les différens âges de la vie ont aussi une grande influence sur la nature et sur la consistence de la cataracte. Ainsi, par exemple, chez les enfans, la cataracte est presque toujours *fluide* ou *molle*, et chez les vieillards presque toujours *caseuse* ou *dure*. Voici comment M. Chelius explique ce phénomène :

« Le développement de la cataracte dure, le passage du cristallin à l'état de l'induration est occasionné par une oxidation, comme, par contre, la diffluence de la lentille doit être considérée comme le produit d'une hydrogénisation. Car cette dernière a toujours pour effet le ramollissoment, tandisque l'oxidation tend toujours à coaguler et à raidir les fluides animaux. — C'est là ce qui différencie les cataractes aux diverses époques de la vie. Dans tout le jeune âge, la réparation est plus grande que la perte des élémens organiques. La reproduction est très active, la lymphe est relativement en excès à l'hydrogénisation prédominante. Plus l'enfant est jeune, moins il a besoin d'oxigène pour vivre, et c'est pendant la vie placentaire qu'il lui en faut le moins. A mesure que l'individu avance en âge, à l'époque de la puberté, et lorsque le corps est complètement développé, l'action vitale est plus énergique. La décomposition intime est plus grande, et elle ne se trouve compensée que par un échange d'élémens plus rapides. Cet échange devient plus lent à un âge avancé, et l'action vitale se réduit à une combustion sans alimentation proportionnelle ; de là la rigidité et l'augmentation de sécheresse des organes. Les expériences sur le changement qu'éprouve la lentille par l'action de la pile galvanique s'accordent avec ce que je viens de dire : le pôle positif trouble le cristallin et le rend dur, le pôle négatif le trouble et l'amollit. Le cristallin de l'homme contient, d'après Berzélius, du lactate et de l'hydrochlorate de soude et de pōtasse. Lorsque ces sels se trouvent soumis à l'action de la pile de Volta, le chlore et l'acide lactique se rendent au pôle positif, et les alcalis)soude et potasse), au pôle négatif. Lors donc qu'on fait plonger chacun des deux fils de la pile, l'un dans un cristallin, l'autre dans l'autre cristallin de la

tête d'un cadavre, le courant électrique qui s'établit entre les deux lentilles produit une accumulation de chlore dans la lentille qui est en contact avec le pôle positif, coagule l'albumine et la rend opaque, tandis qu'au pôle négatif il s'amasse de la potasse et de la soude dans la lentille qui s'amollit alors et devient en quelque sorte diffluente. »

G. — *Causes.* — Rien n'est plus obscur que la cause de la plupart des cataractes ; l'homme l'apporte en naissant, et il la contracte dans l'âge le plus avancé, c'est même à cette époque qu'elle est le plus fréquente ; on doit donc considérer la vieillesse comme une prédisposition à cette maladie, elle est quelquefois un funeste héritage qui se transmet des pères aux enfans : il est des oculistes qui ont opéré de la cataracte plusieurs générations de la même famille.

Les pathologistes s'accordent à reconnaître que la syphilis, les scrofules, la goutte et le rhumatisme jouent un grand rôle dans la production de l'opacité du cristallin. L'exposition à une vive lumière, l'habitation dans les pays où le sol est très chaud et très blanc, l'exposition à une chaleur artificielle très vive, l'emploi de substances chimiques irritantes, caustiques ou acides ; les congestions cérébrales, les ophthalmies, la migraine, enfin les causes traumatiques qui agissent directement sur l'œil en blessant le cristallin, en déplaçant la capsule ou en ébranlant l'appareil lenticulaire.

H. — *Traitement.* — Jusqu'à ce jour, tout moyen médical a échoué contre la cataracte complète ; à peine a-t-on pu, par des traitemens violentes et souvent douloureux, retarder la marche de la maladie; qui le croirait cependant, il est des hommes qui spéculent encore sur la crédulité publique pour annoncer qu'ils gué-

rissent la cataracte *sans opération*, quoique l'expérience journalière et le témoignage des bons chirurgiens s'inscrivent constamment en faux contre une si honteuse mystification. La cause en est que le mot opération effraie toujours, lors même qu'il s'agit des moins douloureuses; on n'y recourt que lorsque l'on a épuisé toutes les promesses des charlatans. Ceux-ci pour la plupart se bornent à instiller dans l'œil cataracté quelques gouttes d'extrait de belladone; à l'aide de ce moyen, le champ de la pupille devenant plus ample, le malade y voit un peu mieux, sa joie est extrême, et il s'empresse alors de célébrer les louanges de cette méthode; mais, hélas! dès l'instant que l'on cesse l'usage du fluide dilatateur, la pupille revient sur elle-même, et le malade s'aperçoit, mais trop tard, qu'il a été la victime du charlatanisme et du mensonge.

OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Historique. — La cataracte complète étant reconnue incurable par tout autre moyen que l'opération, il faudra recourir à celle-ci. Cette opération était connue dès la plus haute antiquité; mais elle ne fut point pratiquée toujours de la même manière : on déplaçait la cataracte, quelquefois on l'extrayait de l'œil au moyen d'une incision, c'est ce qui a donné lieu aux deux méthodes principales *déplacement* et *extraction*, qui furent elles-mêmes susceptibles de modifications et de perfectionnemens.

A. — DÉPLACEMENT.

L'opération de la cataracte par déplacement est la plus ancienne; elle était parfaitement connue des Égyptiens

qui la transmirent aux Grecs, et ceux-ci aux Romains. Les Indiens la pratiquent depuis un temps immémorial. Cette operation a pour but de déplacer le cristallin du centre visuel; elle se pratique par quatre procédés différens, savoir, l'*abaissement*, comme le faisaient les anciens ; la *dépression* perfectionnée par Scarpa ; la *réclinaison* inventée par Wilbourg ; et le *broiement* ou *discision*, due à Banister.

1° ABAISSEMNET.

C'est une opération au moyen de laquelle on enlève le cristallin du centre visuel en l'abaissant à la partie inférieure de la chambre postérieure, entre les procès ciliaires et les premières mailles de l'éponge hyaloïdienne.

2° RECLINAISON ET DÉPRESSION.

La reclinaison se pratique à peu près de la même manière à la différence près que l'on renverse le cristallin en l'abattant de telle manière que sa face antérieure devient postérieure. Dans ces deux espèces d'opérations il arrive presque toujours que, non seulement le cristallin peut remonter parce qu'il n'est pas suffisamment débarrassé de ses attaches avec les procès ciliaires, mais encore la capsule reste en place, et, en devenant opaque, occasionne une cataracte capsulaire secondaire. C'est pour éviter ces inconvénients que le professeur Scarpa inventa la *dépression* proprement dite, qui consiste à saisir le cristallin avec une aiguille convenable et à l'immerger dans les profondeurs de l'humeur vitrée en dehors et en bas de l'éponge hyaloïdienne, dans l'espace qui existe entre le muscle abaisseur et l'abducteur de l'œil. Voici

le procédé de Scarpa avec quelques modifications de Panizza :

« Tout étant disposé pour l'opération, on fait asseoir le malade sur une chaise un peu basse, et de manière que l'œil sur lequel on veut agir reçoive latéralement la lumière d'une fenêtre située au nord. L'opérateur se place sur un siége assez élevé pour que sa bouche se trouve au niveau de l'œil qu'il doit opérer ; il a, dans tous les cas, la précaution de couvrir l'autre, fut-il même cataracté. Pour donner à sa main toute la sûreté nécessaire, il appuie son coude sur son genou correspondant qu'il élève à une hauteur convenable en portant le pied sur un tabouret. Il est quelquefois avantagux de placer entre le genou et le coude un coussinet un peu dùr. Un aide placé en arrière fixe la tète du malade contre sa poitrine, en appuyant une main sur le menton, il applique l'autre sur le front et soulève doucement la paupière à l'aide de l'élévateur de Pélier; il faut qu'il porte cette paupière contre l'arcade orbitaire supérieure sans exercer la moindre pression sur l'œil. S'agit-il d'opérer l'œil gauche, l'opérateur tient l'aiguille avec la main droite, comme une plume à écrire, dirige en avant la convexité de sa pointe et donne au manche une direction parallèle à celle de la tempe gauche sur laquelle il applique ses derniers doigts ; il plonge ensuite la pointe de l'instrument dans la sclérotique, à plus d'une ligne du limbe de la cornée, un peu au-dessous du diamètre transversal de la pupille (une ligne trois quarts); il suffit alors d'imprimer graduellement au manche de l'aiguille un mouvement circulaire d'arrière en avant pour traverser avec la plus grande facilité toutes les membranes de l'œil. L'instrument pénètre alors dans le corps ciliaire derrière les procès de ce nom ; on portera le manche en

avant, ce qui fera marcher l'aiguille au delà de la zonule ciliaire, jusque dans le corps vitré. Si on poussait longtemps l'instrument de cette manière, on pourrait pénétrer à une grande profondeur dans l'œil sans rencontrer le cristallin ; mais aussitôt que la partie la plus large du crochet a traversé la sclérotique, ce que l'on reconnaît à un manque subite de résistance, il faut ramener le manche de l'instrument vers la tempe, en retirant peu à peu l'aiguille jusqu'à ce que l'on sente de nouveau la résistance qu'offre la sclérotique à la partie la plus large de l'instrument; alors on tourne la pointe du crochet en bas, et on le pousse entre les procès ciliaires et la cristalloïde; peu à peu, en le poussant encore en avant, on le voit arriver au milieu du champ pupillaire; de cette manière, les procès ciliaires et l'iris sont complétement préservés, et cela d'autant plus facilement que l'on aura eu soin de dilater largement la pupille. Aussitôt que l'aiguille est arrivée dans le champ de la pupille, on la traverse complétement et l'on continue à la pousser horizontalement entre la surface postérieure de l'iris et la cristalloïde, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à la circonférence du cristallin qui correspond à l'angle interne de l'œil, en ayant soin de presser obliquement sur le cristallin de devant en arrière et de haut en bas, on agit de cette manière, non pas sur le centre du cristallin, mais sur son tiers supérieur. Par cette manœuvre, on saisit, dans le plus grand nombre de cas, le cristallin et sa capsule ; on les immerge tous deux dans les cellules de l'humeur vitrée, dans l'espace que nous avons indiquée plus haut, *inter abducentem et deprimentem musculum*, où on le retient pendant quelque temps, mais bien moins que le voulait Ambroise Paré, c'est-à-dire la durée d'un *pater noster*.»

Aussitôt que la dépression est terminée, il est nécessaire de ramener l'aiguille dans le champ de la pupille, non seulement pour détruire quelques annexes du cristallin, si elles existent, mais encore pour rompre les cellules antérieures de l'humeur vitrée et empêcher le cristallin de remonter; rien n'est plus rare que cette réascension du cristallin quand l'opération est convenablement faite, car ce sont presque toujours des capsules abandonnées sur place qui deviennent opaques, et que l'on prend pour des cristallins remontés.

3° BROIEMENT.

C'est parce qu'il y a des cataractes tellement molles qu'on ne peut les abaisser; que Barbette, et avant lui Banister, se contentèrent de broyer le cristallin et de l'abandonner sur place à l'action de l'humeur aqueuse; mais c'est à Scarpa surtout que l'on doit d'avoir fixé les règles pour pratiquer convenablement cette opération et la rendre plus sûre et plus prompte. Ce praticien ayant surtout étudié l'action absorbante de l'humeur aqueuse se convainquit qu'en mettant le cristallin en contact avec ce liquide, il ne tardait pas à être absorbé; mais pour cela il fallait le priver de la capsule qui le défend de l'action de l'humeur aqueuse, alors il était d'autant plus vite dissous qu'on le réduisait en pièces plus ténues. Afin de rendre l'absorption plus facile, et surtout pour débarrasser la chambre postérieure du cristallin dilacéré, qui fatiguerait l'iris, le professeur Scarpa faisait passer dans la chambre antérieure tout ce qu'il pouvait du cristallin; rarement cette manœuvre était suivi d'accidens, et l'on a vu des cristallins presque entiers être absorbés en quelques semaines.

Le broiement convenablement fait est la méthode la plus sûre en ce que le cristallin se trouve complétement détruit, et que la cure devient ainsi radicale. Saunders comptait tellement sur l'action de l'humeur aqueuse que dans un grand nombre de cas, il se bornait à déchirer la capsule au centre et à perforer le cristallin. Peu à peu l'humeur aqueuse usait la lentille, et faisait dans son centre un chemin au travers duquel les rayons lumineux s'introduisaient dans l'œil. A la longue, le cristallin lui-même était absorbé tout entier.

B. — EXTRACTION.

Historique. — L'opération de la cataracte par extraction est celle qui consiste à pratiquer une incision dans un point donné et à extraire par cette ouverture le cristallin et ses enveloppes. Il ne reste aujourd'hui plus aucun doute sur la connaissance qu'avaient les anciens de cette méthode; c'est ce que nous apprennent très bien les écrivains arabes; cette manière d'opérer, tombée dans l'oubli, fut renouvelée par Daviel de Marseille, et fut ensuite perfectionnée par Lafaye, Poyet, Merry, Béranger, Wenzel, et Richter.

Nous avons dit plus haut que l'on faisait une incision à l'œil dans un point donné; nous devions nous exprimer ainsi parce que l'extraction ne s'opère pas toujours de la même manière : les uns pratiquent l'incision de la cornée *en bas*; les autres, *latéralement*; d'autres, enfin, *en haut*; il en est même qui procèdent à travers la sclérotique.

L'incision latérale et l'incision inférieure sont le plus généralement employés; les dernières tentatives faites par quelques Allemands, à l'exemple de Santarelli et de

Wenzel, pour faire prévaloir l'incision en haut, n'ont point été jusqu'à présent suffisantes pour donner à cette méthode la supériorité sur les autres.

Procédé de Wenzel. — Le procédé de ce praticien a été si bien exposé par lui-même qu'à l'exemple des écrivains les plus modernes, nous sommes forcés de le rapporter tout entier.

« Le malade étant jugé dans le cas de subir l'opération, on le fait asseoir sur une chaise basse, à un jour qui ne soit pas trop vif, parce que, pour l'incision de la cornée même, un jour médiocre est plus favorable, et que d'ailleurs le malade est plus tranquille. Secondairement, lorsqu'il est question d'extraire le cristallin, il est essentiel que la pupille ne se resserre pas trop, et c'est l'effet que produirait une vive lumière sur la partie contractile de l'iris; on couvre l'œil sain d'une compresse retenue par une bandelette; un aide placé derrière, tient la tête du malade et l'appuie sur sa poitrine; il soulève avec le doigt index de la main, qui n'est pas occupée à tenir la tête, la paupière supérieure de l'œil à opérer, et tient le tarse assujéti par l'extrémité du doigt contre le bord supérieur de l'orbite. Pour réussir à cette manœuvre, et pour fixer convenablement la paupière supérieure, l'aide doit avoir soin de lever la peau au dessus de l'orbite et de faire plisser fortement les tégumens qui soutiennent les sourcils. Par ce moyen, il découvre l'œil en entier, il évite de percer le globe. Il ne gêne en rien celui qui opère, et il fixe tellement la paupière qu'elle ne peut faire aucun mouvement. »

« L'opératur s'établit sur une chaise un peu plus haute que celle du malade; comme les yeux se tournent constamment vers le lieu le plus éclairé, l'opérateur a soin de placer le malade obliquement vers une fenètre, de

façon que l'œil à opérer se trouve du côté du petit angle et rende plus facile la sortie de la pointe de l'instrument du côté opposé à celui par lequel il est entré. Il place près du malade une chaise sur laquelle il appuie le pied droit; le genou qui, dans cette position, se trouve plus élevé, sert à soutenir le coude du bras droit et à mettre la main à la hauteur de l'œil à opérer. L'opérateur prend alors le kératatôme de la main droite, si c'est l'œil gauche qu'il doit opérer et *vice-versa;* il le tient comme une plume à écrire, il pose sa main et l'assure au coin externe de l'œil en plaçant le petit doigt un peu écarté des autres sur le bord de l'orbite; dans cette position, et, ayant pris ce léger point d'appui, il ne se presse point de faire l'opération, et il attend que l'œil, ordinairement très agité par les préparatifs soit en repos, ce qui arrive après quelques instans et rend inutiles les instrumens proposés pour tenir l'œil; lorsque l'œil est en repos et tourné vers le petit angle, ce qu'on a soin de recommander au malade, de façon qu'on puisse voir avec facilité le point de la cornée par lequel la pointe de l'instrument doit ressortir; alors l'opérateur plonge l'instrument dans la partie supérieure et un peu externe de la cornée à un quart de ligne de la sclérotique; de sorte que la lame soit dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans dans le plan de l'iris; l'opérateur abaisse en même temps la paupière inférieure par le moyen des doigts index et medius qu'il tient légèrement écartés l'un de l'autre, et doit avoir l'attention la plus scrupuleuse de ne faire aucune compression sur le globe et de le laisser parfaitement libre, ce qui est le moyen le plus sûr de diminuer sa mobilité et de le fixer.

« Quand l'instrument, après avoir pénétré dans la cornée, arrive vis-à-vis de la pupille, on plonge sa

pointe dans cette ouverture par un léger mouvement de la main en avant ; on incise la capsule du cristallin avec la pointe du kératotôme, puis par un léger mouvement apporté au premier, ou le dégage de la pupille, on traverse la chambre antérieure ; on sort vers l'intérieur de la cornée un peu du côté du grand angle de l'œil, à la même distance de la sclérotique, que celle à laquelle on a percé la cornée par en haut ; et, continuant de pousser l'instrument, on achève ainsi l'incision de la cornée le plus près possible de la sclérotique. Si l'on dirige le kératotôme convenablement, si l'on se sert à propos des deux doigts index et medius de la main opposée, la section sera grande, semi-circulaire et assez près de la sclérotique, comme cela doit toujours être.

« Quand on a fait l'incision de la cornée très près de la sclérotique, il arrive assez souvent qu'il sort du sang, cela ne doit pas du tout inquiéter ; ce sont quelques-uns des vaisseaux sanguins de la conjonctive rampant au bord de la cornée et qui se trouvent incisés en même temps que cette tunique. Cette très légère saignée locale ne peut être que très avantageuse, bien loin de faire craindre aucun accident. Je suis tellement persuadé que cela peut être utile, que je tâche autant qu'il est possible de diriger l'incision de la cornée très près de la sclérotique pour réussir à inciser les vaisseaux et à les dégager légèrement. Il m'a même paru que très souvent cela évitait de l'inflammation : au reste, il ne faut pas intéresser la sclérotique.

« Si le bord supérieur de l'orbite est fort saillant, et que l'œil soit fort petit et très enfoncé dans la cavité orbitaire, il serait très difficile de faire l'incision presque perpendiculairement, parce que le coronal se trouve gêné et obligerait de tenir l'instrument trop obliquement

par rapport au plan de l'iris. Il serait impossible de sortir de la cornée à la distance convenable. Dans ce cas, il faut diriger et tenir l'instrument beaucoup moins perpendiculairement, mais cependant il ne doit pas être horizontal.»

I[e] SECTION DE LA CORNÉE PAR LA PARTIE INFÉRIEURE.

Méthode de Barth, modifiée par Beer.

Lafaye, Poyet et Béranger pratiquaient, il est vrai, la section à la partie inférieure de la cornée pour extraire la cataracte, mais c'est à Barth qu'appartient l'honneur d'avoir amené cette opération à son plus haut degré de simplicité; il rejeta surtout une foule d'instrumens qui ne faisaient que compliquer l'opération sans la rendre plus sûre; quant à lui, il ne se servait que du couteau qui porte son nom, d'une curette et d'un petit crochet, tenant seulement en réserve des ciseaux de Richter pour agrandir l'incision de la cornée si le besoin s'en faisait sentir. Dans les dernières années de sa vie il opérait les malades debout contre le mur afin de les empêcher de reculer.

Beer changea peu de choses au procédé lui-même; mais il rendit le couteau de son maître plus épais, afin de s'opposer à l'évacuation prématurée de l'humeur aqueuse; au crochet de Barth il substitua une aiguille en fer de lance pour inciser la capsule et ébranler le cristallin.

Procédé opératoire. — On opère le malade assis ou couché; cette dernière position est préférée par Marc-Antoine Petit, Velpeau et Carron du Villards. En effet si elle est moins commode pour l'opérateur, elle offre plus de

succès pour l'opération; la chute des humeurs et le mouvement de la tête en arrière sont moins à craindre, l'évanouissement est plus rare, et le pansement pratiqué dans cette position produit une coaptation plus exacte des lèvres de la plaie. Quand on opère assis on place le malade comme pour l'abaissement; l'aide se trouve dans la même position mais il est important qu'il soit intelligent, afin de ne point presser sur le globe de l'œil en relevant la paupière. Tout étant disposé, l'opérateur saisit un couteau à cataracte, tenu de la même manière que l'aiguille, il en présente la pointe presque obliquement à la cornée, qu'il traverse d'un seul coup et sans hésitation, aussitôt que le manque de résistance et quelque gouttes d'humeur aqueuse ont indiqué que l'instrument est parvenu dans la chambre antérieure, il renverse la main pour faire marcher le couteau parallèlement à l'iris jusqu'à la partie interne du diamètre de la cornée où il pratique une contre-ponction en faisant ressortir la pointe : ce temps de l'opération étant exécuté, il fait marcher l'instrument en le poussant en avant sans exercer aucune pression jusqu'à ce que les trois quarts de la cornée soient incisés; alors il porte légèrement le tranchant en avant pour faire la partie inférieure du lambeau. A mesure que ce temps s'accomplit, l'aide laisse tomber la paupière qui est immédiatement suivie de la sortie du couteau. Cette chûte de la paupière a pour but d'appliquer le lambeau contre la plaie et d'empêcher la trop rapide sortie du cristallin ; il faut laisser reposer le malade une demi-minute. Ce temps écoulé, l'opérateur ne confie plus à personne le soin d'élever la paupière supérieure, cette manœuvre a besoin de beaucoup de précautions, parce que un mouvement imprudent peut faire vider l'œil ; il introduit entre les lèvres de la plaie le

kystotome de Lafaye, incise la capsule dans plusieurs points : presque toujours le cristallin s'échappe de lui-même, mais s'il restait en place il faudrait employer de légères pressions sur le globe de l'œil, afin de provoquer sa sortie; celle-ci une fois exécutée, s'il reste des fragmens de cristallin on les charge avec une curette, et mieux encore avec les pinces *à fenêtre*, *ou à crochet* de Maunoir.

Il arrive parfois que l'incision de la cornée est trop étroite ; il est alors nécessaire de l'agrandir avec les ciseaux de Daviel, la lame mousse de Forlenze, ou mieux encore avec le kératotome double de M. Carron du Villards, que le docteur Moser nous apprend avoir été employé avec succès en Allemagne (1).

2° INCISION EN HAUT.

Procédé de Brisseau de Tournay, Wenzel, Santarelli et Jæger. — Cette méthode s'exécute de la même manière que l'incision inférieure, à la seule différence que l'on tourne le tranchant de l'instrument et qu'on ne laisse point tomber la paupière avant que l'opération ne soit terminée. Santarelli pratiquait cette incision d'un seul coup avec un kératotome préparé à cet effet.

C. SCLÉROTICOTOMIE.

L'incision par la sclérotique proposée par Bell et Earl n'est point restée dans la science, malgré quelques succès obtenus par le professeur Quadri. Cette opération consiste à inciser la sclérotique dans le lieu d'élection

(1) Moser, dans le journal de Graffe et Walther.

pour l'introduction de l'aiguille, pour l'opération de la cataracte par abaissement. Le cristallin ne sort jamais seul, et il faut toujours aller le chercher avec des pinces, manœuvre qui est presque toujours suivie de la sortie d'une grande quantité de l'humeur vitrée. La section des vaisseaux ciliaires produit très souvent une hémorrhagie assez grave pour envahir la chambre postérieure. Ce sont tous ces inconvéniens qui ont fait tomber la scléroticotomie en désuétude.

Nous allons citer textuellement ce qui a été dit à ce sujet dans les *Annales d'oculistique*.

« M. Quadri est élève de l'École de Vienne ; c'est sur les dogmes de cette école qu'il base son enseignement oculistique. Ses insuccès, *aussi nombreux que ceux de M. Roux*, ne lui ont pas encore fait abandonner l'extraction, que la grande majorité de ses élèves napolitains et siciliens ont déserté pour l'abaissement, d'après la méthode de Scarpa, qui est vulgaire en Italie. Le professeur Quadri, qui finira probablement par faire comme ses élèves, est regardé comme inventeur d'un procédé auquel il a donné le nom de mixte ; il consiste à inciser la partie inférieure de la cornée, en même temps que l'on introduit une aiguille pour la scléroticonyxis. Ce procédé, déjà imaginé par Adams, fut abandonné par cet opérateur, parce qu'il n'offre pas de plus grands avantages que l'extraction, et parce qu'il peut en même temps donner lieu simultanément aux accidens produits par la kératotomie ordinaire, et à ceux occasionnés par l'abaissement proprement dit. Personne ne le met en pratique, c'est assez dire.»

» On se rappelle les essais de Benjamin Bell et de James Earl, pour arriver à extraire le cristallin par la sclérotique, ce dernier pour abréger le temps de l'opération, et

pour éviter l'écoulement d'humeur vitrée qui avait lieu, et le déplacement du cristallin qui s'en suivait, avait fait construire un instrument qui était à la fois couteau et pincette, et qui, aussitôt après la division de la sclérotique, se développait et saisissait le cristallin. Les expériences furent heureuses en général, mais on n'en profita pas, et celles de Lebel ne furent pas assez nombreuses. Voici comment il procède : avec un kératôme de Wenzel, il ouvre la sclérotique à l'angle externe de l'œil, et près de son insertion ; l'incision de la sclérotique est parallèle au bord de la cornée, et de la grandeur du tiers de la circonférence sclérotico-cornéenne. Il introduit alors par cette ouverture un instrument en forme de pincette (agogete) avec lequel il saisit et extrait la lentille opaque ainsi que sa capsule. M. Quadri a rapporté avoir obtenu 21 succès sur 25 opérations; il n'a pas fait connaître depuis le chiffre de ses nouveaux succès. M. Juengken a confirmé depuis les assertions du professeur de Naples.»

» M. Cunier, qui se demandait il y a quelques mois si, à l'aide de l'instrument de M. Furnari, kystotriteur (voyez *cataracte*), on ne pourrait pas pratiquer avec sûreté l'extraction par la scléroticotomie, abandonnée un peu légèrement, vient de se livrer à des essais, tant sur le cadavre que sur les animaux, et bien que son kystotriteur fût grossièrement fait, il n'en a pas moins réussi douze fois sur quinze. Cela ne l'a pas empêché de reconnaître, avec M Carron du Villards, que cette méthode offre les inconvéniens suivans : 1° Après l'incision de la sclérotique, l'œil peut se vider instantanément (cela peut toutefois être prévenu avec le kystotriteur du docteur Furnari). 2° Le cristallin fuit dans l'intérieur de l'œil, ne peut être extrait, et passe très souvent dans la chambre antérieure. Trois fois M. Cunier a éprouvé les

plus grandes difficultés pour saisir le cristallin, et il a été obligé de le récliner ; deux fois la pointe du kystotriteur s'est engagée dans l'iris. La forme coudée de l'instrument permet d'aller chercher la lentille dans la chambre antérieure ; mais cette manœuvre est difficile. Comme dans la kystotritie, le cristallin ne doit pas être extrait, mais bien broyé sur place (le procédé de M. Furnari, appliqué à l'extraction, l'emporte de beaucoup sur celui de Quadri) ».

» 3° Il se manifeste souvent une hémorrhagie qui peut produire une cataracte grumeuse. »

» 4° La suppuration de la plaie peut amener la fonte purulente de l'œil. (M. Cunier n'a pas observé ce résultat ; mais, dans tous les cas, il a vu des hypopions se former, et il en a obtenu fort difficilement l'absorption.)»

« Comme on le voit de nouvelles tentatives sont nécessaires avant que l'on puisse se prononcer sur cette opération et sur les cas exceptionnels dans lesquels il pourrait se faire que l'on dût y recourir. » (1)

Procédé de M. Giorgi d'Immola. — Ce chirurgien incise la sclérotique avec un couteau-aiguille qui s'ouvre à volonté, et avec lequel il saisit le cristallin lorsqu'il ne peut pas le déprimer convenablement. Ce procédé, quoique assez heureux dans les mains de l'auteur, n'a point été employé par d'autres que lui.

D. MÉTHODES MIXTES.

Les méthodes mixtes sont celles qui réunissent plusieurs procédés, ou tout au moins plusieurs parties de

(1) Annales d'oculistique, vol. I. livraison du 1er septembre 1839.

ceux-ci. Ces méthodes sont la *keratomi-réclinaison* et la *scléralomi-dépression*. L'une appartient aux Égyptiens, l'autre est due à M. Geansoul de Lyon. Dans la première, on fait une petite incision à la cornée, et en introduisant une petite spatule, l'on presse sur le cristallin, et on le récline derrière l'iris aussi profondément que possible. Dans la seconde, l'incision est pratiquée dans la sclérotique, et c'est par cette voie que l'on introduit une cuvette destinée à déprimer le cristallin dans l'humeur vitrée ; ces deux méthodes ont été promptement abandonnés même par leurs auteurs.

Il y a peu d'années (1) que le professeur Quadri a cherché à mettre en vogue un procédé appartenant à Adams, qui consiste è introduire une aiguille comme par l'abaissement pour déprimer le cristallin, et pratiquer ensuite une petite incision à la partie inférieure de la cornée pour aller au moyen d'une petite pince-aiguille chercher la capsule opaque et l'amener au dehors. Au rapport de notre confrère, le docteur Capuano, de Naples, cette méthode serait presque exclusivement employée par le professeur Quadri.

E. KÉRATONYXIS.

La kératonyxis se pratique en faisant une ponction à la cornée et en cherchant à détruire la cataracte ou à la broyer. Ce procédé a excité en Allemagne un grand engoûment, mais soumis à l'appréciation d'hommes éminens, tels que Scarpa, Panizza, Moriggi, Defilippi, Ba-

(1) Mémoire lu à l'Académie des Sciences de Naples, en juillet 1831. — Voir l'*Osservatore Medico*, n° *XV*, *année* 1831.

rovero, Demours et Dupuytren, il a été jugé bien inférieur aux autres méthodes, et il reste bien peu de personnes en France qui le mettent en usage. Son apparente simplicité séduit sans doute, mais lorsqu'on réfléchit qu'il est presque impossible d'attaquer la capsule dans sa grande circonférence et de séparer le cristallin des procès ciliaires, on conçoit la défaveur dans laquelle ce procédé est tombé. D'un autre côté, la cornée s'enflamme souvent, s'ulcère et forme des taies d'autant plus désagréables et nuisibles à la vision, qu'on aura écouté le funeste précepte de faire pénétrer laiguille au centre de la cornée.

F. CATARACTE CONGÉNIALE.

La cataracte congéniale est celle que l'enfant porte en naissant. Elle est presque toujours laiteuse : à mesure que l'aveugle-né avance en âge, l'humeur laiteuse s'absorbe peu à peu, et lorsque vingt et quelques années se sont écoulées, il ne reste plus que deux capsules opaques qui sont collées l'une à l'autre, de telle façon qu'en avançant en âge les cataractés de naissance acquièrent un peu de vision.

On doit opérer une cataracte de naissance le plus tôt possible, c'est-à-dire à la fin de la première année ; nous pensons que Lawrence est allé trop loin en recommandant de l'opérer à six semaines. Forlenze et les autres *extracteurs* se sont encore plus éloignés de la bonne pratique en recommandant d'attendre l'âge de raison ; effrayés des insuccès de l'extraction pratiquée dans les premières années de la vie, ils attribuèrent à l'âge ce qui n'était que le résultat du procédé ; car Scarpa, Saunders, Gibson et quelques autres chirurgiens obtinrent

des résultats tout opposés en pratiquant l'abaissement. Pour opérer les enfans avec sécurité, il faut les emmail-lotter et les placer sur une table. L'abaissement se pratique alors comme pour les adultes. Les Anglais et les Allemands préfèrent la kératonyxis.

Appréciation des différentes méthodes d'opérer la cataracte.

Parmi le grand nombre de méthodes proposées pour l'opération de la cataracte, trois principales sont seules restées dans la science : ce sont la *dépression*, l'*extraction* et la *kératonyxis*.

De ces trois méthodes, la dépression est sans contredit celle qui prévaut aujourd'hui. Les partisans exclusifs de l'extraction diminuent chaque jour; et la kératonyxis soutenue par le grand nom de Walther, n'est guère employée que dans le cercle étroit des petites universités d'Allemagne où il a professé. Les tentatives faites pour la naturaliser parmi nous n'ont point été favorables à cette méthode, qui restera toujours le partage des hommes timides et maladroits

Il est bien peu de chirurgiens qui ne se laissent peu à peu entraîner de préférence pour telle ou telle méthode, soit qu'ils procèdent par *tradition*, par *habitude* ou en raison de l'*habileté* qu'ils ont contractée en opérant avec tel ou tel autre procédé.

On trouve des exemples de la puissance de la tradition dans l'exactitude religieuse avec laquelle les Wenzel, les Pamard, les Pellier, pratiquent encore aujourd'hui les procédés de leurs ancêtres.

Antoine Dubois qui pratiquait l'extraction avec une

grande habileté, et qui malgré cela n'obtenait que des succès fort incertains, ne put se résoudre à tenter l'abaissement que lorsque Scarpa et Leveillié lui en eurent démontré les avantages *de visu*. Dès lors il fut un fervent apôtre de la méthode qu'il avait dépréciée.

Boyer n'hésitait pas à dire qu'il employait l'extraction, non seulement parce qu'il en avait une plus grande habitude, mais encore parce qu'elle lui fournissait d'heureux résultats. Il faut cependant s'entendre sur ce mot *heureux* qui n'était que relatif au grand nombre de pertes que faisaient les autres partisans de l'extraction, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant la thèse d'Eccard de Mulbach.

M. Roux lui-même n'accorde-t-il pas la préférence à l'extraction à cause de l'extrême habileté avec laquelle il fait cette opération? Et n'a-t-il pas renoncé à l'abaissement, parce qu'il a eu presque toujours des insuccès? Ainsi, d'après le relevé des cas de cataracte qui se sont présentés à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1836 dans le service de M. Roux (salle Ste-Marthe), il résulte que sur trente-cinq yeux opérés, trente-un le furent par extraction et quatre par abaissement. Sur ces trente-cinq yeux opérés il y en a eu *quatorze* qui ne recouvrèrent point la vue. Les vingt et un autres la recouvrèrent mais non point tous au même degré. Il y en a eu treize qui virent parfaitement.

Des quatre yeux qui furent opérés par abaissement *aucun ne vit parfaitement*; il y en a eu un qui fut complètement perdu.

Tout ce que nous venons de dire, nous conduit naturellement à manifester notre opinion sur le choix du meilleur procédé pour opérer la cataracte : nous consi-

dérons l'abaissement comme méthode *générale* et l'extraction comme méthode d'*exception*. Cette dernière serait bien plus employée sans la foule d'accidens dont elle est suivie ; dès l'instant qu'on en diminuera le nombre, on la pratiquera plus souvent et c'est afin d'arriver à ce but que nous proposons un procédé nouveau qui aura tous les avantages de l'extraction sans en avoir les inconvéniens.

MÉTHODE DE L'AUTEUR ; DESCRIPTION DES NOUVEAUX INSTRUMENS.

KÉRATOTOME A DOUBLE LANCE. (Planche 1re, fig. 1re.)

Cet instrument consiste en une lance ordinaire terminée par une autre petite lance de la forme d'une aiguille à cataracte.

La *grande lance* A présente deux faces très minces à leur extrémité et plus volumineuses vers la partie qui correspond à la tige de l'instrument, afin d'empêcher la sortie prématurée de l'humeur aqueuse. Les bords de cette lance sont très tranchans depuis la base jusqu'au sommet qui est séparé de la petite lance par un espace B de trois millimètres et demi de longueur et de deux millimètres de largeur.

La *petite lance* C qui ressemble un peu à l'aiguille de Dupuytren est légèrement courbe et sert à inciser la capsule du cristallin, tandis que la grande lance incise la cornée. (Planche 2e, fig. 1re.)

KYSTOTRITEUR. (Planche 1re, fig. 2e.)

Le kystotriteur est formé d'une pince à double bascule, montée sur un manche légèrement applati D dans lequel

sont renfermés les deux points d'appui EE, qui servent mutuellement à fermer la pince.

Les branches FF de cette pince qui sont courbes sur leur plat, se réunissent au centre de leur longueur par une seule articulation G. A six lignes de distance de cette articulation, il y a une goupille H fixée d'un côté et s'engageant dans l'autre, pour bien maintenir les parties en rapport et empêcher le chevauchement. Deux ressorts II sont placés en dedans pour tenir la pince constamment ouverte. Chacune des branches de la pince est terminée par une cuillère KK légèrement convexe et dentelée sur ses bords ; une des cuillères est terminée par une petite griffre qui est reçue dans la contre-partie ; le corps des cuillères est percé de petits trous.

La fig. 3 de la planche 1re représente le kystotriteur vu de profil.

Le KYSTOTRITEUR sert à saisir le cristallin et sa capsule à les écraser, et à en extraire les fragmens. (Planche 2e, fig. 2e.)

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

KÉRATOTOMI-KYSTOTRITIE.

Le malade étant couché, position la plus convenable pour la plupart des opérations dans lesquelles il faut ouvrir la cornée, l'œil que l'on ne doit point opérer étant maintenu par un bandage approprié, l'opérateur confie à un aide intelligent l'élévation de la paupière supérieure, tandis qu'il abaisse l'inférieure ; de l'autre main, il saisit le *kératotome à double lance* comme une plume à écrire et en présente de plat la lance la plus petite à la cornée, puis il l'enfonce à la partie externe dans son

point central à une ligne environ au devant de l'insertion de cette membrane à la sclérotique. L'instrument est poussé en avant dans la direction d'une ligne, qui, partant du point primitivement attaqué, se rendrait au centre de la pupille (Pl. 2, fig. 1re). Quand la petite lance est arrivée à ce point, l'incision pratiquée à la cornée est suffisamment étendue, il ne reste plus qu'à attaquer la face antérieure du cristallin en y pratiquant une incision en ziz-zag ; on retire alors l'instrument en lui faisant suivre la même direction que celle qu'il avait suivie pour son introduction. Le premier temps de l'opération achevé, on introduit dans l'ouverture que l'on a faite à la cornée le *kystotriteur fermé* que l'on pousse jusqu'au cristallin (Pl. 2, fig. 2). Arrivé à ce point, on laisse ouvrir l'instrument et l'on saisit le corps opaque; la plus légère traction suffit pour le retirer; si la cataracte est *molle*, on en extrait tout ce que l'on peut, le restant est broyé sur place par la pression que l'on donne aux mors de la pince. Si le cristallin est *dur*, très volumineux et qu'il trouve de la difficulté à sortir par l'ouverture faite à la cornée, en poussant la pression des pinces au plus haut point, le cristallin sera écrasé, divisé en plusieurs morceaux dont on opérera facilement l'extraction ; il serait inutile de chercher les petits fragmens, l'action absorbante de l'humeur aqueuse les détruit en peu de temps. Si l'on aperçoit dans le centre pupillaire quelques fragmens de capsule, il faut les extraire avec soin.

Comme dans tous les autres procédés pour opérer la cataracte, avant de pratiquer la *kératotomi-kystotritie*, il faut tâcher de dilater la pupille par l'extrait alcoolique de belladone,

Dans le cas où le cristallin aurait la tendance à fuir au devant de l'instrument et à se jeter dans le corps

vitré, il faudrait achever l'opération par la *kératotomi-réclinaison* (méthode égyptienne), et renverser le cristallin dans la chambre postérieure, en ayant soin de le placer autant que possible dans la partie postérieure-externe de l'éponge hyaloïdienne. Le *kystotriteur* étant coudé et courbe sur le plat, se prête facilement à cette dernière manœuvre.

RÉFLEXIONS.

Par la description qui précède, on peut se convaincre de la facilité de l'exécution de notre procédé; il nous reste maintenant à en signaler les avantages; et afin de le faire d'une manière plus méthodique, nous les mettrons en évidence en les comparant aux inconvéniens des autres méthodes d'extraction.

INCONVÉNIENS PROPRES AUX DIFFÉRENTES MÉTHODES D'EXTRACTION CONNUES JUSQU'A CE JOUR.

1° Ouverture de la cornée { incomplète. / irrégulière. / trop grande. / trop petite.

2° Blessures { de l'iris. / de la sclérotique. / de la conjonctive. / de la caroncule. / de la peau du grand angle. / du sac lacrymal.

3° Décollement de l'iris.

4° Hernie de l'iris.

5° Adhérence vicieuse des rebords de la plaie.

6° Introduction du rebords des paupières dans la solution de continuité.

7° Introduction des larmes dans le globe de l'œil.

8° Sortie prématurée de l'humeur aqueuse.

9° Hémorrhagie.

10° Mouvemens convulsifs de l'œil.

11° Cataractes secondaires.

12° Inflammation.

13° Perte de l'humeur vitrée.

1° OUVERTURE IRRÉGULIÈRE, TROP GRANDE OU TROP PETITE, DE LA CORNÉE.

Pour peu que l'on ait fait ou vu faire l'extraction de la cataracte, il est aisé de se convaincre que la section de la cornée pèche souvent par son irrégularité, ce qui apporte un très grand inconvénient dans la formation de la cicatrice, qui, au lieu d'être unie et linéaire, est souvent frangée et rugueuse.

L'excessive largeur de l'incision tout en facilitant la sortie du corps opaque n'en laisse pas moins un inconvénient assez grand, pour avoir fourni à un chirurgien distingué de Genève, M. Maunoir, le sujet d'un mémoire sur la mortification de la cornée et sur la nécessité de faire une petite incision. La gangrène de la cornée produite par la trop grande étendue de la plaie a été observée plusieurs fois par Demours, et par d'autres ophthalmologistes contemporains.

— Dans le procedé que nous proposons, l'incision est toujours uniforme, parce qu'elle est faite par ponction à l'aide d'un couteau pyramidal et coupant exactement des deux côtés ; elle n'est jamais trop large, parce que

l'instrument n'exerce aucun débridement à droite ou à gauche ; dès l'instant qu'elle donne passage à la pince, elle n'est pas trop petite, puisque celle-ci a pour but principal d'écraser et de broyer le cristallin avant de l'extraire.

2° BLESSURE DE L'IRIS.

La blessure de l'iris est très fréquente ; de l'aveu même des partisans de M. Roux, cet accident lui arrive très souvent ; et en lisant un article publié dermièrement dans la *Revue Médicale*, on trouvera la confirmation de ce que nous avançons. C'est presque toujours en terminant le lambeau de la cornée et dans le temps de ponction et de contre-ponction que l'on blesse l'iris, surtout lorsqu'on opère le malade assis : quand on va inciser la capsule, cet accident est tellement fréquent, que, pour l'éviter, Lafaye, Poyet et Bancal employaient des kystotomes cachés.

— En procédant comme nous le faisons, l'on évite toujours l'iris dans le temps de ponction de la cornée, et celle-ci étant accomplie, la petite lame du couteau est à peine parvenue dans la capsule qu'elle l'incise sous l'influence du plus léger mouvement. La contre-ponction n'étant pas nécessaire, on diminue encore les chances de blesser l'iris, ainsi que la sclérotique, la caroncule, la peau du grand angle et le sac lacrymal.

3° DÉCOLLEMENT DE L'IRIS.

C'est presque toujours en pressant sur la sclérotique, pour faire fuir le cristallin à travers l'iris, que l'on produit le décollement de cette membrane ; en effet, on peut imprimer au corps qu'il s'agit d'expulser une marche

directe; tantôt il se présente de plat, alors il agit sur l'iris en masse, tantôt il s'avance de biais, et il accroche l'iris qui forme une poche assez résistante pour engager Marc-Antoine Petit à donner le précepte d'inciser cette poche parallèlement à l'axe du corps.

— Pour nous qui avons l'habitude d'aller charger le cristallin avec la pince, cet accident sera d'autant plus rare, que nous chercherons à extraire le cristallin par différens fragmens.

4° HERNIE DE L'IRIS.

La hernie de l'iris est toujours consécutive à l'opération; elle résulte communément d'une trop grande incision de la cornée; elle est d'autant plus fréquente que l'incision est plus inférieure.

— L'incision que nous pratiquons étant externe, un peu supérieure et d'un petit diamètre, cet accident sera presque toujours évité.

5° ADHÉRENCE VICIEUSE DES REBORDS DE LA PLAIE.

L'adhérence vicieuse des rebords de la plaie est le résultat du défaut de parallélisme entre les lèvres de la plaie. Cet accident n'arrive que lorsque l'incision est frangée ou trop large. Il n'est pas rare de voir la cicatrisation se faire par l'exsudation d'une matière plastique qui se forme dans l'écartement de la plaie; celle-ci est alors difforme et presque staphylomateuse.

— Rien de semblable ne se présente dans notre procédé : l'incision est étroite et régulière comme celle d'une saignée; dans vingt-quatre heures la réunion est complète.

6° INTRODUCTION DU REBORD DES PAUPIÈRES DANS LA SOLUTION DE CONTINUITÉ.

Dans l'incision inférieure de la cornée, on est souvent exposé à voir le rebord de la paupière soulever le lambeau de la cornée, et empêcher ainsi son adhérence, ou tout au moins la rendre difficile.

— Notre procédé est exempt de ce grave accident, 1° parce que, par sa position, l'incision est à l'abri du rebord palpébral ; 2° parce que l'incision n'est jamais entr'ouverte à cause de son petit diamètre.

7° INTRODUCTION DES LARMES DANS LE GLOBE DE L'OEIL.

L'opération de la cataracte est toujours suivie d'une sécrétion plus ou moins abondante de larmes. Celles-ci s'accumulent le long de la paupière inférieure pour venir rejoindre le syphon lacrymal, et la partie inférieure de la cornée qui a été ouverte se trouve presque toujours en contact avec elles. Leur présence contribue à rendre l'adhérence difficile, souvent même elles enflamment la plaie et s'y introduisent.

— Le simple raisonnement suffit pour prouver que l'incision supérieure-externe se trouve à l'abri de cet accident.

8° SORTIE PRÉMATURÉE DE L'HUMEUR AQUEUSE.

La sortie prématurée de l'humeur aqueuse est un accident assez grave, puisque, dans un grand nombre de circonstances, il ne permet pas de continuer l'opération, parce que l'iris s'étant adossé à la face interne de la

cornée, on ne peut faire avancer le couteau pour exécuter le temps de la contre-ponction. Il n'est même pas toujours possible d'agrandir l'incision. L'évacuation de l'humeur aqueuse est d'autant plus prompte, que l'incision est plus inférieure.

— Au moyen de la modification que nous proposons, l'humeur aqueuse ne s'échappe jamais entière : d'abord à cause de l'épaississement de notre instrument qui oblitère la plaie ; ensuite à cause de la place que l'on choisit pour faire l'incision.

9° HÉMORRHAGIES.

Les hémorrhagies consécutives à l'extraction de la cataracte sont toujours dues à la blessure des vaisseaux de l'iris, ou à l'introduction accidentelle du sang de la conjonctive blessée dans la chambre antérieure. N'importe d'où vient le sang, il fait ici l'office de corps étranger, il se coagule et s'absorbe difficilement ; lorsqu'il est situé dans la chambre postérieure, il peut former une cataracte secondaire grumeuse.

— Nous n'avons pas à redouter cet accident, parce que, d'un côté, nous ne blessons jamais la conjonctive, et que, de l'autre, il est très rare d'attaquer l'iris.

10° MOUVEMENS CONVULSIFS DE L'OEIL.

Les mouvemens convulsifs de l'œil sont souvent le résultat des difficultés que l'on a éprouvées pour pratiquer l'opération. Leur principal danger est d'exposer à vider l'œil. Cet accident est très commun lorsqu'on a pratiqué la kératotomie inférieure.

— Pour nous, nous ne les considérons que comme ayant une médiocre importance, parce que ces mouve-

mens ne peuvent pas vider l'œil; surtout lorsqu'un pansement convenable a été pratiqué.

11° CATARACTES SECONDAIRES.

Les cataractes secondaires sont presque toujours formées par une partie ou la totalité de la capsule antérieure du cristallin, qui reste en place, et qui apporte ainsi un obstacle à la vision. Cet accident est très fréquent, et il nécessite une opération secondaire ; il est presque toujours dû à la crainte que l'on a d'aller chercher la capsule à travers les mouvemens convulsifs qui se manifestent pendant cette période de l'opération, et qui sont presque toujours suivis de la chute de l'humeur vitrée.

— Nous avons réalisé le vœu de Beer, qui voulait que l'on fît en même temps l'extraction du cristallin et de sa capsule. Lorsque nous ne sommes pas assez heureux pour obtenir ce résultat du premier coup, nous avons la facilité d'y revenir sans inconvénient, parce que nous pouvons toujours empêcher la chute de l'humeur vitrée.

12° INFLAMMATION.

L'inflammation est moins le résultat de la section des tissus que des tiraillemens exercés sur eux par les efforts que l'on fait pour faire sortir le cristallin. C'est surtout dans l'union de l'iris à l'orbicule ciliaire que ces tiraillemens se font le plus sentir, et qu'ils développent plutôt des accidens traumatiques.

— Tous nos efforts ont eu pour but l'éloignement de ces tractions ; ici, comme dans toute opération de cataracte, il y a des accidens qui se développent sans cause

connue, mais rien ne peut les rendre plus graves que dans les autres procédés opératoires, et surtout dans l'extraction faite d'après le procédé employé ordinairement par M. Roux. M. le docteur Théodore Maunoir, de Genève (1), dans le relevé statistique des opérations de cataracte faites par M. Roux à l'hôpital de la Charité, dit que 179 opérations ont amené à leur suite 14 *fois* la destruction de l'œil par la suppuration ; 19 *fois* l'opacité complète de la cornée transparente ; 9 *fois* l'opacité incomplète de cette partie. Voilà 42 cas où l'inflammation a joué un rôle assez important, sans parler de ceux où elle a été moins intense.

13° PERTE DE L'HUMEUR VITRÉE.

La perte abondante ou complète de l'humeur vitrée est un accident formidable et bien plus commun qu'on ne le croit, et qui se joue de tous les calculs faits par Beer, qui évaluait les chances de perte de l'œil par la quantité de l'humeur sortie, et qui est suivie communément de la perte de l'œil. Dans les trente-cinq cas d'opération de cataracte faites par M. le professeur Roux, la sortie complète de l'humeur vitrée, et par conséquent la perte de l'œil eut lieu *cinq fois* (2) : deux fois en taillant le lambeau de la cornée, une fois en introduisant le kystotome,

(1) Essai sur quelques points de l'histoire de la cataracte.—1833.

(2) C'est peut-être parce que les hommes spéciaux ont montré à M. Roux combien il y a d'exagération dans l'emploi exclusif qu'il fait de l'extraction, qui est si malheureuse dans ses mains, que ceux qui se livrent à l'exercice de l'ophthalmologie sont journellement l'objet de ses attaques. Ce travers est poussé si loin, qu'à l'occasion d'un journal nouveau qui a dit à M. Roux des vérités un peu *dures*, ce chirurgien s'est laissé aller à un mouvement de colère poussé jusqu'à l'inconvenance. Eh bien ! que M. Roux nous prouve par des chiffres, comme nous l'avons fait plus haut, que les oph-

et deux autres fois en pressant sur la paupière pour faire sortir le cristallin.

— Notre procédé se pratiquant toujours le malade placé dans la position horizontale, l'incision étant étroite, supérieure et externe, nos efforts pour faire sortir le cristallin étant presque nuls, nous ne sommes pas exposés à l'accident irréparable que nous venons de signaler.

A. — *Quelle est la meilleure saison pour pratiquer l'opération de la cataracte ?* — Il n'y a pas de saison préférable à une autre pour opérer la cataracte, toutes les fois que l'on peut soustraire le malade à l'influence des brusques variations atmosphériques, en maintenant l'appartement dans lequel se trouve l'opéré à une température toujours égale. L'expérience prouve tous les jours que l'on peut opérer la cataracte dans toutes les saisons ; mais, en général, la saison la plus favorable pour l'opération de la cataracte est celle qui offre le moins de variations atmosphériques ; il est très important d'éviter les températures chaudes et humides.

B. — *Si les deux yeux sont affectés de cataracte, faut-il les opérer le même jour ?* — Toutes les fois que les deux yeux cataractés se trouvent dans des conditions favorables pour être opérés, il faut pratiquer l'opération le même jour, à quelques minutes d'intervalle ; de cette manière, on aura l'avantage 1° de rendre plus tôt et plus complétement la vue au malade ; 2° d'éviter une seconde opération qui pourrait faire craindre de nouveaux accidens ; 3° d'être toujours sûr de réussir au moins d'un

thalmologistes *exclusifs*, sur trente-cinq cas d'opérations de cataracte, vident *cinq fois l'œil*, blessent *plusieurs fois* l'iris et essuient en sus *quatorze insuccès*, ce qui donne la moitié de perte, plus une notable fraction; et dès ce moment, nous renoncerons à la pratique exclusive de l'ophthalmologie

seul œil, tandis que, en opérant un seul œil, si l'opération n'est pas heureuse, le malade a beaucoup de peine à se soumettre une seconde fois à l'opération.

C. — *Faut-il opérer la cataracte quand un seul œil est atteint?* — Nous pensons que toutes les fois qu'un œil est complétement cataracté, il faut l'opérer, et cela, parce qu'un homme privé de la vision d'un œil est exposé à une foule de dangers produits par l'imperfection de la vision qui ne lui permet pas de les éviter. En outre, Bauwen et la plupart des chirurgiens contemporains ont observé que l'opération faite sur l'œil complétement cataracté arrêtait quelquefois le développement de la maladie sur l'autre œil.

Quant au défaut d'harmonie entre la vision des deux yeux, on rétablit l'équilibre au moyen de lunettes convenables.

D. — *Avant l'opération de la cataracte, doit-on faire subir au malade un traitement préparatoire?* — Un cataracté d'une bonne constitution, qui n'est pas sujet ni aux ophthalmies ni aux affections du cerveau, n'a besoin d'aucun traitement préparatoire ; les individus pléthoriques doivent être saignés deux à trois jours avant l'opération ; généralement on peut administrer quelques purgatifs pour entretenir la liberté du ventre ; on conseillera aux malades une diète végétale. Les anciens médecins, pour habituer les yeux à l'impression d'un corps étranger, les touchaient tous les jours avec un stylet boutonné : ce moyen doit être proscrit ainsi que l'application d'un vésicatoire recommandé par M. Roux ; quant à la belladone que l'on applique sur l'œil pour dilater la pupille, il faut qu'elle soit employée avec ménagement, car une très forte dose de cette substance pourrait produire le délire et les allucinations, ainsi que nous l'avons ob-

servé dernièrement chez un cataracté que nous avons opéré à Versailles. Pour éviter l'atropisme et une petite phlogose de la conjonctive, qui résultent de l'application immédiate de la belladone, nous avons l'habitude de faire dissoudre 8 à 10 grains de belladone dans une demi-once d'eau. Le malade, dix à douze fois dans la nuit avant l'opératien, appliquera cette dissolution sur les paupières de l'œil cataracté. On aura soin en même temps d'introduire dans la narine correspondante à l'œil qu'on doit opérer une petite mèche de charpie imbibée de la solution aqueuse de belladone.

PANSEMENS DE L'OEIL APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Le pansement le plus simple et presque toujours le meilleur, et un grand nombre d'opérations échouent parce qu'on avait employé un pansement défavorable ou routinier. Pour les cataractes par abaissement, on se borne à placer sur les paupières des compresses imbibées d'eau froide et souvent renouvelées. C'est surtout dans le pansement après l'extraction qu'il faut agir avec précaution, car un pansement mal fait ou inopportun peut faire vider l'œil ou empêcher la réunion des bords de la plaie. Les élèves de l'école de Vienne se bornent, en général, à maintenir la paupière fermée au moyen d'une bandelette glutinative placée au centre de la paupière, d'où elle s'étend sur la joue et sur le front ; il est des hôpitaux à Paris où l'on met sur l'œil une grande quantité de charpie. Il y a certains opérateurs qui tamponnent l'œil avec cette substance comme s'il s'agissait de panser une cuisse amputée, dont on voudrait empêcher la réunion par première intention.....!!!

Le procédé de l'école de Vienne serait le meilleur, mais, d'un côté, s'il est nécessaire de faire des affusions d'eau froide, il est difficile de faire tenir l'emplâtre aglutinatif; de l'autre côté, si on n'emploie pas d'eau on perd les avantages que produit cette application, et, s'il devient nécessaire de visiter l'œil, on éprouve une certaine peine à détacher la substance aglutinative sans tourmenter les paupières et sans arracher des cils.

Après l'extraction et la kératomi-kystotritie, il faut se servir du pansement employé par M. Delmas de Montpellier, qui consiste à placer sur les paupières une compresse fenétrée enduite de cérat et que l'on recouvre d'un gâteau de charpie très mince et imbibée d'eau froide. Ce pansement a l'avantage de pouvoir être enlevé à toute heure sans douleur et sans danger, et à pouvoir être arrosé avec l'eau froide aussi longtemps qu'il devient nécessaire.

Après l'opération de la cataracte par abaissement, il faut tout simplement appliquer sur les yeux un bandeau carré, percé d'un trou à l'endroit du nez, et fixé par des épingles sur la partie postérieure du bonnet de nuit de l'opéré.

SOINS CONSÉCUTIFS A L'OPÉRATION.

Toute opération de cataracte doit être considérée comme une affection traumatique de l'œil et traitée comme telle. Les symptômes consécutifs nécessitent une attaque franche et déterminée : c'est presque toujours par des hésitations et des demi-moyens que l'on permet au mal de faire des progrès; lorsque les hommes sont forts, sanguins ou irritables, il ne faut pas attendre l'arrivée de l'accident: mieux vaut le prévenir par des sai-

gnées abondantes, réitérées selon l'urgence; par la diète absolue et par des purgatifs. Les accidens nerveux sont combattus par le laudanum employé en frictions et surtout en lavemens; lorsqu'ils se produisent périodiquement, il devient nécessaire de leur opposer le sulfate de quinine, ou le carbonate de fer.

Les accidens le plus à craindre, après l'opération de la cataracte par abaissement, sont le vomissement et l'inflammation.

Le vomissement est le résultat d'une déchirure ou d'une contusion des nerfs ciliaires ou de la rétine. Si le vomissement n'est pas accompagné de la rougeur de l'œil et de maux de tête, les boissons glacées, la potion de Rivière, et quelques pilules narcotiques suffisent pour le faire disparaître; mais si une petite phlogose de l'œil se manifeste en même temps que le vomissement, alors il faut recourir aux entiphlogistiques; nous avons retiré de grands avantages des sinapismes appliqués à l'épigastre. Il arrive fort souvent que le vomissement prend une forme périodique, dans ce cas, aux moyens sus-indiqués il faut ajouter l'usage de quelques pilules de sulfate de quinine et d'acétate de morphine.

Quant à l'inflammation proprement dite, il faut la traiter énergiquement par les saignées coup sur coup et par les autres moyens antiphlogistiques, afin d'éviter les exudations et la fonte de l'œil. Cette inflammation offrant à peu près les mêmes symptômes que les ophthalmies proprement dites, nous renvoyons nos lecteurs à ce que nous avons dit aux articles phlegmon oculaire, kératite et iritis phlegmoneuses.

Professions. — La cataracte est très commune chez les hommes qui restent exposés aux intempéries de l'air et surtout à la réverbération du soleil sur des terrains

blancs et sablonneux. C'est pour cette raison que les agriculteurs qui restent toujours exposés à la lumière y sont d'autant plus sujets qu'ils habitent des pays plus chauds, ou bien des terrains blancs et sablonneux. L'habitant des régions polaires, dont les yeux sont continuellement fatigués par l'aspect de la neige, et l'Égyptien au milieu des sables brûlans du désert, ont également à redouter cette maladie. On observe fréquemment la cataracte chez les serruriers, les verriers, les cuisiniers, les lapidaires, les horlogers, les forgerons et les moissonneurs; nous l'avons observé constamment chez les boulangers; en deux ans nous avons opéré plusieurs boulangers affectés de cataracte, ainsi que l'inspecteur de la boulangerie de Paris, M. Morel, qui, par la nature de ses travaux, était toujours exposé à visiter les fours, et à passer brusquement d'un lieu très sombre à un lieu très éclairé.

D'après le relevé statistique des cas de cataracte qui se sont présentés à l'Hôtel-Dieu, pendant l'année 1836, dans le service de M. Roux (salle Sainte-Marthe), il résulte que sur 22 malades, 8 étaient occupés aux travaux de la campagne, et continuellement exposés au soleil; 6 exposés à l'action d'une lumière très vive, c'est-à-dire un doreur sur métaux, qui travaillait toujours à côté de réchauds remplis de charbons ardens; 2 cuisiniers de riches maisons, où il y avait toujours grande cuisine et grand feu; 2 cordonniers habitués, comme tous les hommes de cette profession, à prolonger leur travail dans la nuit, éclairés par une lampe dont le globe réfléchit la lumière; et 1 boulanger, qui, plus encore que les précédens, est exposé à l'action d'une lumière très vive; enfin deux individus dont l'un fabriquait la moutarde, et l'autre le vinaigre, tout le monde sait que ces substances excitent le larmoiement et entretiennent une

rougeur habituelle des paupières. Les six autres malades appartenaient à des professions différentes. Les vignerons sont surtout sujets à la cataracte dans la Champagne, dans le département de la Gironde, dans les Pyrénées, à Malaga et à Alicante.

La cataracte affecte aussi les hommes qui voyagent beaucoup sur la neige, et principalement ceux qui, dans les pays chauds, ont pour profession d'aller sur les montagnes chercher la neige pour approvisionner les villes, ainsi que nous l'avons observé souvent en Sicile, et comme cela arrive aussi à Naples et en Espagne. On peut en dire autant des chasseurs de profession qui poursuivent le gibier sur la neige. Du reste, il est très connu que la cataracte est fort commune en Laponie, où elle est même opérée par les naturels du pays.

Quelques personnes qui ont visité les mines de sel de Pologne ont été étonnées d'apprendre que la cataracte était très commune parmi les ouvriers employés à cette exploitation; est-ce le résultat de la lumière artificielle réfractée par les cristaux salins, ou bien de l'action chimique des hydrochlorates ? Nous serions plutôt portés à admettre cette dernière opinion.

La cataracte est aussi très fréquente chez les hommes de lettres, et surtout chez ceux qui écrivent beaucoup la tête penchée en avant.

Nous avons vu un graveur sur métaux affecté de cataracte ; ce graveur se servait souvent d'un mordant à l'eau forte, et, comme il était myope de naissance, il était obligé de baisser la tête tout près de sa planche pour examiner l'action du mordant.

Il y a déjà trois ans, en visitant une fabrique d'acides minéraux, nous avons trouvé un ouvrier affecté de cataracte capsulo-lenticulaire : cet ouvrier exposait conti-

nuellement ses yeux à l'action des acides azotique, sulfurique et chlorydrique; il serait difficile de préciser lequel de ces trois acides avait produit la cataracte, mais nous sommes convaincus que leur action simultanée a été pour beaucoup dans la production de cette maladie.

Ces deux observations pourraient venir à l'appui de ce qui a été rapporté par Tartra et Sténon, dont l'un avait vu la cataracte résulter de l'exposition des yeux à la vapeur de l'acide nitrique; et l'autre avait observé qu'un jeune homme s'était exempté de la conscription par deux cataractes qu'il s'était données volontairement et à un faible degré, au moyen d'une lotion d'acide nitrique étendue d'eau.

M. Leroy d'Étiolles, dans un travail très intéressant (1), publié en 1834, fit quelques essais pour apprécier les observations rapportées par Sténon et Tartra; il exposa des yeux de bœuf à la vapeur de l'acide nitrique et de l'acide sulfurique; il les plongea pendant un quart d'heure dans une solution très étendue d'acide nitrique, il vit la cornée devenir opaque, et une seule fois le cristallin perdre sa transparence. « Je conçois difficilement, dit-il, que dans les faits rapportés plus haut la cornée soit demeurée intacte. »

Malgré tout le respect que nous professons pour un habile expérimentateur, comme notre ami M. Leroy d'Étiolles, nous sommes forcés de lui faire observer que, pour que ces essais fussent concluans, il aurait fallu qu'il les fît sur des animaux vivans; l'action des acides sur le cristallin n'est pas seulement chimique, elle est chimique et vitale en même temps; nul doute que la cornée soit attaquée par les acides, mais il n'est pas question de la plonger dans un acide, mais de l'exposer sous l'in-

(1) Thèse inaugurale.

fluence d'un acide à l'état gazeux ; ainsi, que l'on prenne un animal vivant, que l'on expose son œil pendant plusieurs mois à l'action de l'acide nitrique, et l'on verra les humeurs de l'œil, et le cristallin surtout devenir, plus ou moins opaque, et la cornée conserver sa transparence.

Nous sommes loin de croire que les observations de Sténon, de Tartra et les nôtres suffisent pour préciser l'influence de l'acide azotique sur la production de la cataracte; mais *in dubiis pro anima*, et nous ne saurions trop recommander aux graveurs, aux fabricans d'acides minéraux et aux affineurs de prendre toutes les précautions convenables pour préserver leurs yeux de l'action de l'acide azotique.

Moyens hygiéniques. — Les moyens capables de diminuer les dispositions à la cataracte, se trouvent presque indiqués dans l'énumération des causes de cette maladie; quoique un grand nombre de ces moyens soient excessivement faciles à employer, il sera très difficile de les faire mettre en usage par les hommes qui sont le plus exposés à cette maladie. Ainsi, obtenez d'un vigneron qu'il porte des cheveux courts, des lunettes légèrement colorées, ou tout au moins de petites coques percées d'un trou, qu'il se serve d'un large chapeau aussi léger que possible, vous n'y parviendrez point; pour vous en convaincre, il ne s'agit que de visiter les vignobles de la Champagne, du Bourbonnais et des autres lieux, et de voir les vignerons travailler en plein soleil la tête chargée d'une énorme quantité de cheveux que recouvre un large feutre très pesant. Cependant les Esquimaux ont depuis longtemps pris l'habitude d'employer des lunettes dont nous avons donné la description, et dont le but principal est d'amoindrir l'influence de la reverbération des rayons lumineux.

Quant aux hommes de lettres, ils feront très bien de

suspendre leurs travaux de temps en temps pour laisser reposer la vue, et d'employer des moyens convenables d'éclairage lorsqu'ils travaillent la nuit. Ils combattront les congestions à la tète par de légères effusions d'eau froide sur le front, les bains de pieds et purgatifs.

Malgré tout l'intérêt qu'ont les fabricans d'acides minéraux à condenser les gaz, quels que soient les moyens que l'on emploie, une certaine quantité de ces gaz se répand dans l'air. Un des moyens les plus efficaces pour préserver de leur action les ouvriers, et pour combattre les accidens que ces gaz occasionnent, soit sur les yeux, soit dans les voies aériennes, consiste dans l'emploi de l'ammoniaque liquide. On aura soin de répandre cet alcali dans l'atelier pour saturer les acides, et si les ouvriers se trouvent incommodés des vapeurs ammoniacales, on leur place sur la bouche et le nez un linge imprégné d'alcali très étendu d'eau. Cette eau doit être assez faible pour ne pas déterminer la rubéfaction. On peut aussi leur faire respirer, mais avec précaution, un petit flacon contenant de cet alcali pur.

---

§ II. — GLAUCOME.

Syn. — *Glaucedo.* — *Glaucoma.* — *Glaucosis.*

Le glaucome, improprement appelé *cataracte verte*, est une affection complexe qui tire son nom d'une coloration particulière du fond de l'œil, qui apparaît d'un *vert de mer* ; cette coloration est quelquefois accompagnée d'un chatoiement analogue à celui que l'on observe sur l'émeraude et l'aiguemarine. Elle est tantôt due à une dégénérescence de l'humeur vitrée, tantôt à une dégénérescence de la rétine et même de la choroïde. Le siége de cette coloration n'est pas dans le cristallin. De même

que M. le docteur Sichel nous pensons que la coloration verdâtre des profondeurs de l'œil dans le glaucome, surtout chez les vieillards, n'est due qu'à la combinaison de deux couleurs différentes, c'est-à-dire à la teinte bleuâtre de la choroïde, et à la teinte jaunâtre du cristallin, et la preuve de cela c'est que la coloration verdâtre disparaît quand une de ces deux conditions manque, comme par exemple quand on extrait le cristallin. Ces diverses altérations sont presque toujours consécutives aux inflammations profondes de l'œil et surtout à la choroïdite.

On rencontre le glaucome chez les hommes d'une constitution délabrée, et ayant été atteints de l'affection cachectique profonde.

Le glaucome est presque toujours accompagné de douleurs profondes dans le bulbe, de maux de tête, de céphalalgie sus orbitaire ; la diminution de la vision est très prononcée, eu égard au peu de développement de la maladie ; la cécité ne tarde pas à être complète ; de l'humeur vitrée, la maladie se transmet presque toujours au cristallin et à l'iris, ce qui constitue alors une *cataracte glaucomateuse secondaire*. Nous avons indiqué à l'article cataracte les symptômes différentiels qui existaient entre le glaucome et la cataracte verte proprement dite.

« Au commencement de cette maladie, dit Weller, le sujet qui en est affecté croit apercevoir devant l'œil une fumée qui ordinairement se montre tout à coup et est surtout très distincte dès le début, lorsque le malade a déjà perdu un œil par la même affection. Ce brouillard peut cesser d'être visible pendant des heures et même des journées entières, quand l'esprit du malade est distrait par des émotions gaies, et que le corps est soutenu par une alimentation saine. Mais peu à peu cette fumée devient plus considérable et paraît plus épaisse ; le malade

y distingue des tâches noires, foncées, qui semblent comme flottantes dans le milieu ; il aperçoit aussi assez souvent, en même temps, des mouches volantes ordinaires ; mais d'après ce que j'ai observé, ce phénomène disparaît à mesure que la diminution de la vue fait des progrès. Si on examine l'œil à cette période de la maladie, on ne remarque encore autre chose qu'une paresse de la pupille; peu à peu, il survient des indices de légères douleurs gravatives qui font éprouver une sensation de tiraillement au-dessus des sourcils, et ne tardent pas à devenir plus violentes, lorsque la maladie à son origine est accompagnée d'une congestion visible dans l'œil, ou même des symptômes inflammatoires. Ces douleurs peuvent être suspendues pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs semaines, si la température extérieure devient favorable. Elles redoublent ordinairement vers le soir, éprouvent une rémission le matin, et s'exaspèrent communément lorsque le temps devient mauvais ou que le malade couche sur la plume. Il y a habituellement à cette époque de la maladie un certain degré de photophobie et une roideur sensible de l'œil. Quand le malade veut considérer attentivement un objet, il croit en même temps apercevoir des taches ayant la même couleur de la lune, ou qui sont d'un vert noirâtre, ou bigarrées ; avant cette époque, la lumière d'une bougie lui paraissait comme enveloppée des couleurs de l'arc-en-ciel. A mesure que l'affection fait des progrès, les douleurs au-dessus des sourcils augmentent et s'étendent plus loin, le globe oculaire devient le siége d'un sentiment de tension qui s'accroît d'une manière insensible, et acquiert bientôt un degré d'intensité que les malades ont coutume de comparer à la douleur qui résulterait des efforts que l'on pourrait faire pour fendre le globe de l'œil. Bientôt la

vue diminue de plus en plus, la pupille finit par être immobile, perd sa couleur noire et devient matte. Les malades ne peuvent plus distinguer que les objets d'un grand volume ; la pupille se dilate de plus en plus, sous l'influence de douleurs violentes qui vont toujours croissant et qui se font sentir dans les os frontaux. On remarque distinctement dans cette ouverture une couleur nébuleuse d'un noir verdâtre ou vert de mer, qui paraît manifestement concave ; la conjonctive oculaire se montre peu à peu traversée de vaisseaux sanguins variqueux qui s'étendent jusqu'au près du bord de la cornée, et laissent dans ce point un espace annulaire qui forme un cercle bleuâtre, sale, d'autant plus distinct que le nombre des vaisseaux variqueux est plus considérable. »

Lorsque le glaucome est le résultat de l'inflammation de la hyaloïde, on peut espérer de le guérir ; dans tous les autres cas il est complètement incurable, et toutes les tentatives d'opération n'ont abouti qu'à des résultats négatifs, et souvent se sont terminées par des carcinomes de l'œil ; on ne saurait donc trop se méfier des *oculistes ambulans* qui opèrent les glaucomes dans le seul but d'attraper l'argent des malades.

Pour les glaucomes commençans, il faut employer les mêmes moyens que pour l'amaurose ; si l'on attribue la maladie à un vice constitutionnel, ou à une affection exantématique répercutée, il faut avoir recours au traitement le plus énergique de ces deux affections.

Professions et moyens hygiéniques. — Ils sont à peu près les mêmes que pour l'amaurose et les ophthalmies; car le glaucome se développe le plus souvent chez les individus qui ont été atteints de fréquentes et profondes inflammations de l'œil. Nous avons observé que cette maladie attaque de préférence les personnes riches.

CHAPITRE II.

MALADIES DE L'ŒIL PAR SOLUTION DE CONTINUITÉ.

§ I. — BLESSURES DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES.

Quoique, par une sage prévoyance, la nature ait enveloppé l'œil d'une boîte osseuse et résistente, il est cependant exposé aux contusions et aux blessures dans la région antérieure. Nous allons les examiner en détail.

A. — BLESSURES DES SOURCILS.

L'arcade sourciliaire étant proéminente, est fort exposée aux contusions et aux plaies. Celles-ci sont produites par des instrumens contondans, piquans et tranchans. La violence du coup peut être telle qu'elle fracture même le rebord osseux. Les blessures des sourcils ne deviennent graves qu'en raison de l'épanouissement du nerf sus-orbitaire dont la lésion produit souvent une cécité instantanée, ainsi que le prouvent les observations de Petit de Namur et celles de Vicq-d'Azyr.

Traitement. — Les plaies des sourcils doivent être traitées comme celles de toutes les autres parties du corps, c'est-à-dire enlever les corps étrangers, nettoyer la solution de continuité, affronter ses bords et chercher

toutes les fois qu'il est possible à obtenir la réunion par première intention.

B.— BLESSURES DES PAUPIÈRES.

Les blessures des paupières sont presque aussi fréquentes que celles des sourcils. Elles existent avec ou sans perte de substance ; elles sont horizontales ou verticales. Si la plupart des plaies des paupières n'affectaient pas directement ou indirectement le globe de l'œil, elles seraient sans conséquence ; mais malheureusement l'organe principal participe presque toujours aux lésions de ses annexes.

Traitement. — Les plaies des paupières guérissent avec une merveilleuse facilité. Tant qu'elles ne sont pas considérables, il faut tenter la réunion à l'aide de la suture entortillée. Les accidens inflammatoires seront combattus par l'application de l'eau froide, et l'usage d'un traitement antiphlogistique basé sur la violence du mal et sur les phénomènes de réaction dont il est suivi.

C.— BLESSURES DU GLOBE.

Les paupières ne sont pas suffisantes pour protéger le globe contre certaines blessures ; il en est d'autres qui l'atteignent lorsque ces voiles mobiles sont écartés. Les blessures du globe sont superficielles et profondes. Les plus fréquentes sont les blessures de la cornée, de l'iris et de la sclérotique. Les blessures de la cornée peuvent revêtir toute sorte de formes ; elles sont produites par toute espèce de corps projeté par des forces physiques ou mécaniques quelconques. Elles se montrent depuis la simple piqûre jusqu'à la perte de substance. Les plus pe-

tites plaies de la cornée sont suivies de l'évacuation de l'humeur aqueuse ; lorsqu'elles sont considérables, l'évacuation de ce liquide est souvent accompagnée de la hernie de l'iris. Les blessures de la cornée ont toujours une certaine gravité, parce qu'elles peuvent modifier la forme, les rapports et la transparence de cette membrane.

La plupart des corps vulnérans qui blessent la cornée pénètrent jusqu'à l'iris, qu'ils déchirent, coupent ou décollent. Ces blessures sont toujours suivies d'épanchement sanguin, d'altération de forme de la pupille, ou de la production de pupilles surnuméraires.

Les mêmes causes qui ont blessé la cornée et l'iris peuvent aussi agir sur la sclérotique; quoique celle-ci joue un rôle moins important, ses blessures sont plus graves, parce que, d'un côté, elles se transmettent presque toujours à la rétine, et que, de l'autre, il est presque impossible de s'opposer à l'évacuation de l'humeur vitrée qui filtre à travers la solution de continuité ; c'est pour cette raison qu'elles sont souvent suivies de l'affaissement et de la suppuration du bulbe.

Il est bien rare que la blessure antérieure du globe de l'œil ne se transmette pas directement ou indirectement au cristallin ; de là naissent des cataractes traumatiques tellement rapides, qu'en vingt-quatre heures elles sont quelquefois complètes.

Traitement. — Les principales conditions à remplir dans le traitement des blessures du globe sont : 1° empêcher l'évacuation des humeurs par un pansement convenable ; 2° combattre l'inflammation par un traitement antiphlogistique très énergique ; 3° diriger la cicatrisation de telle sorte que la transparence des membranes ne soit pas compromise ; 4° enfin s'opposer à la for-

mation des hernies des staphylomes et des cicatrices difformes.

4° BLESSURES DE L'ORBITE.

L'enveloppe osseuse du bulbe oculaire n'est pas non plus exempte de blessures ; les corps vulnérans mis en mouvement par la poudre, les éclats des machines à vapeur, des mines, des pierres, viennent souvent blesser l'orbite jusque dans ses parties les plus profondes. Ces blessures varient depuis la simple contusion jusqu'à la perforation, la perte de substance, et la fracture. Le voisinage du cerveau, la grande quantité de vaisseaux et nerfs qui traversent l'orbite, rendent les blessures de cette partie excessivement graves ; il n'est pas rare de les voir suivies de suppuration, d'exfoliation et d'accidens inflammatoires, se transmettant au cerveau et occasionnant la mort.

Traitement. — On doit employer un traitement très énergique pour combattre les accidens consécutifs aux blessures de l'orbite ; il faut pratiquer des débridemens convenables pour sortir les esquilles, lorsqu'on les a reconnues, ou pour extraire les corps étrangers qui pourraient être restés dans la plaie.

Professions. — La plupart de ceux qui exercent des professions industrielles sont exposés aux blessures de l'œil et de ses annexes, mais ceux qui sont le plus sujets sont les couteliers, les polisseurs, les fabricans de burin, les tailleurs de pierres, de cristaux, de diamans, les étampeurs, les bombeurs de verres, les fabricans de poudre fulminante et de capsules, les emboutisseurs, les fourbisseurs, les armuriers, les fabricans de pierres à fusil, les fondeurs en caractères, enfin les chasseurs de profession.

Moyens prophylactiques. — Le plus grand nombre des individus exerçant les professions indiquées pourraient s'opposer à la fréquence des lésions traumatiques oculaires, s'ils voulaient ou porter des lunettes, ou des demi-masques grillés comme ceux des chasseurs d'abeille, mais l'influence de l'habitude et de la routine sont si grandes, que l'on ne peut pas même obtenir l'emploi de ces moyens de ceux qui ont déjà perdu un œil....!

---

§ II. — COLOBOMA.

1° COLOBOMA DES PAUPIÈRES.

On donne ce nom à la division congéniale ou accidentelle des paupières. Cette maladie à l'état congénial est fort rare; elle a toujours son siége à la paupière supérieure; elle est due aux mêmes causes qui produisent le *bec de lièvre* congénial. Quant au coloboma artificiel il est le résultat de plaies accidentelles ou de divisions volontairement faites par le chirurgien pour enlever des corps étrangers ou des tumeurs de mauvaise nature ayant leur siége dans les paupières.

Le traitement de ces diverses espèces de coloboma a toujours pour but de réunir et de faire adhérer les parties séparées. Rien n'est plus facile lorsque il y a plaie récente de la paupière, mais pour le coloboma congénial il faut réduire à l'état de plaie saignante en enlevant les bords libres de chaque lambeau palpébral, comme on le fait pour le bec de lièvre chez les enfans. Dans tous les cas il est nécessaire de recourir à la suture entortillée afin d'obtenir une adhérence uniforme et complète des parties.

2° COLOBOMA DE L'IRIS.

De même que celui des paupières le coloboma de l'iris est congénial ou accidentel. Le premier échappe à tout traitement, le second doit être considéré comme une plaie pénétrante de l'iris et traité comme telle. Toutes les fois qu'il n'y a pas perte de substance, l'iris se *soude* de lui-même, ainsi que cela arrive dans un grand nombre de plaies de cette membrane, consécutives aux différens procédés d'opération de cataracte.

---

§ II. — ULCÈRES DE LA CORNÉE.

On a donné le nom d'ulcères de la cornée à des solutions de continuité qui se présentent sur cette membrane et qui revêtent diverses formes depuis la simple érosion jusqu'à la perforation complète.

Ces ulcères sont presque toujours consécutifs à une inflammation de la cornée et de la conjonctive. Afin de procéder avec plus d'ordre dans leur classification, nous admettons, avec M. le professeur Velpeau (1), six variétés d'ulcères.

1re VARIÉTÉ.

Ulcère consécutif à un abcès ou à un dépôt de matière plastique, se présentant sous la forme d'une petite capsule située au sommet d'un paquet vasculaire de différentes formes. Cette espèce d'ulcère est peu douloureuse,

(1) Leçons cliniques sur les Maladies des yeux, publiées par M. Jeanselme.

parce que la cornée est protégée par une matière grisâtre qui se détache difficilement et qui la préserve de l'air. Quoique ayant des formes assez bénignes, cette variété d'ulcères est presque toujours suivie d'un obscurcissement assez profond de la cornée.

IIe VARIÉTÉ.

Érosion centrale de la cornée, débutant par une tache nébuleuse, qui disparaît ensuite pour faire place à une ulcération à fond blanchâtre, à bords frangés et légèrement soulevés, c'est l'ulcère que les anciens nommaient *achlys* ou *caligo*.

IIIe VARIÉTÉ.

Ulcère succédant à la rupture d'une phlyctène semi-transparente. Dans un grand nombre de circonstances l'escavation est tellement transparente qu'on ne peut la voir qu'en regardant l'œil de côté, c'est ce qui lui a fait donner par quelques modernes le nom d'*ulcère à facettes*, tandis que les anciens le nommaient *argemon* et *botterion* lorsqu'il était profond. Cet ulcère est toujours accompagné de photophobie et de larmoiement ; peu à peu il s'entoure d'une petite aréole de petits vaisseaux de la conjonctive qui recouvrent la cornée, et qui disparaissent dès l'instant que l'ulcération se cicatrise.

IVe VARIÉTÉ.

Ulcère succédant à une ulcération large ou perforante de la cornée ; son fond est grisâtre et donne une sécrétion de la même couleur. Quand les lames de la cornée ont été considérablement amincies, elles cèdent aux ef-

forts de l'humeur aqueuse et forment une tumeur à laquelle on a donné le nom de *kératocèle*. Les dernières lames de la cornée finissent par disparaître tout-à-fait et par donner passage à une petite bulle transparente qui n'est autre chose que la capsule de l'humeur aqueuse.

Ve VARIÉTÉ.

Ulcère se présentant sous la forme d'une érosion ou *usure* de la cornée, débutant par la circonférence et s'avançant vers le centre de cette membrane qu'elle envahit quelquefois presque en totalité. Cette espèce d'ulcération est presque toujours accompagnée de larmoiement et de chaleur très vive, ce qui lui avait fait donner le nom d'*ulcère brûlant* ou *épicauma*.

VIe VARIÉTÉ.

Ulcère en *coup d'ongle*. Cet ulcère, que l'on dirait être le résultat d'un coup d'ongle, est presque toujours situé à la circonférence de la cornée, quoique cependant on l'observe ailleurs ; il se présente sous la forme d'une ouverture taillée à pic dont la lèvre externe est affaissée, tandis que l'interne est relevée. On rencontre dans sa cavité quelques vaisseaux complètement isolés ; c'est de tous les ulcères celui qui occasionne la photophobie la plus intense et le larmoiement le plus abondant.

Traitement. — Dans la plupart des ulcérations de la cornée, il n'y a pas d'autre traitement à faire que celui mis en usage contre l'ophthalmie dont elles ne sont qu'un symptôme ; il n'est pas rare de les voir disparaître spontanément. Dans la plupart des cas les collyres légèrement astringeans au sulfate de zinc et au nitrate d'argent suf-

fisent pour les faire disparaître. Lorsque les ulcérations résistent à ces collyres, il ne faut point balancer à les cautériser avec un crayon de nitrate d'argent fondu taillé convenablement. On cautérise toute leur surface avec la précaution de ne pas agir trop vivement lorsque les lames de la cornée sont déjà fort amincies; immédiatement après la cautérisation, et avant de laisser tomber la paupière, on injecte un peu d'eau tiède pour absterger la surface cautérisée.

De même que M. le professeur Velpeau, nous croyons qu'il faut peu compter sur les topiques pour guérir la quatrième espèce; il vaut mieux recourir aux antiphlogistiques généraux. M. Velpeau recommande l'application des vésicatoires sur les paupières. Quant à nous, nous ne saurions partager la confiance du chirurgien de la Charité pour ce dernier moyen que nous avons trouvé constamment nuisible, et que nous engageons les praticiens à bannir de la thérapeutique oculaire.

Dans un grand nombre de cas, l'insuflation du calomel a arrêté des ulcérations rebelles à tous les autres moyens. Dans d'autres circonstances, l'on peut aussi toucher le centre de l'ulcération avec un petit pinceau imbibé de solution concentrée, de nitrate d'argent, de sublimé corrosif, ou de collyre de Lanfranc.

---

§ III. — TACHES DE LA CORNÉE.

Les taches de la cornée sont toujours le résultat de l'affection phlegmoneuse de l'œil ou des blessures et des ulcères de la cornée. Ces taches seraient sans conséquence, si par leur position ou par leur extension elles n'appor-

n'apportaient pas un obstacle à la vision. Toutes les taches de la cornée peuvent se réduire à trois variétés.

1re VARIÉTÉ.

La première variété est en même temps la plus simple : c'est un léger épanchement à la superficie de la cornée, épanchement que l'on peut à la rigueur, nommer sous-conjonctivien. Il a la forme nuageuse, ce qui lui a fait donner le nom de *nuage*, *nubecula*, *nephélion*. Quand on regarde l'œil de biais, on n'observe ni affaissement ni élévation dans le lieu occupé par la matière épanchée.

Traitement.— Cette espèce de taie guérit quelquefois spontanément, mais le plus souvent il est nécessaire de lui opposer l'usage des collyres secs composés d'après la formule suivante.

Prenez :

Calomel à la vapeur Tutie préparée Sucre candi porfirisé	de chaque un demi-gros = 2 gram.

Mêlez.

Cette poudre, qui doit être impalpable, sera insoufflée deux à trois fois par jour sur la taie à l'aide d'un tube de plume. On peut aussi se servir avec avantage de l'insufflateur du docteur Compérat (Voir l'*Esculape* du 2 novembre 1839.)

Cet instrument consiste en un tube d'argent ou de maillechort d'un pouce à un pouce et demi de longueur, sur un pouce et deux ou trois lignes de circonférence, dont l'intérieur, tapissé d'une couche d'or, est destiné à recevoir la poudre médicamenteuse ; à l'une de ses extrémités s'adapte une petite boite, dont le fond est criblé

de manière à ne se laisser traverser que par les particules les plus fines de la poudre qui doit être dirigée sur l'œil malade ; à cette petite boîte vient se fixer, à l'aide d'un pas de vis, une des trois canules dont la forme variée est affectée aux diverses indications que la maladie réclame; l'autre extrémité du tube est fermée par une autre petite boîte analogue à la précédente, mais dont le fond, s'avançant d'une ligne dans l'intérieur du tube, n'est pas percé à sa surface, mais bien à son pourtour, d'une rangée de petits trous destinés à permettre l'arrivée de l'air dans l'intérieur du tube, afin d'en chasser, en la faisant tourbillonner, la poudre qui y est contenue. A l'ouverture de cette boîte se visse un tube recourbé qui se termine par un pavillon en ivoire, destiné à être placé entre les lèvres de l'opérateur. Le corps de l'instrument est embrassé par un anneau présentant, à un point de sa circonférence, une petite goupille chargée de le maintenir fixé à une distance plus ou moins rapprochée de l'œil sur lequel on veut agir. Cet anneau fait corps avec une petite boule pleine qu'il surmonte, laquelle étant reçue dans une petite cavité semi-sphérique, supportée elle-même et fixée sur un anneau en caoutchou, forme par cet emboîtement une articulation *diarthrodiale* qui permet de faire exécuter à l'instrument tous les mouvemens possibles, tout étant maintenu fixement sur le doigt que doit recevoir l'anneau en caoutchou. C'est par la disposition de ces dernières pièces entre elles que cet instrument permet, comme il est facile de le voir, l'administration des poudres sans le secours d'aucun aide.

Scarpa et Beer recommandaient l'usage du laudanum de Sydénham appliqué avec un petit pinceau sur l'épanchement.

IIe VARIÉTÉ.

La deuxième variété est une tache qui attaque plusieurs lames de la cornée ; elle s'oppose d'autant plus au passage des rayons lumineux, qu'elle est plus près de l'ouverture pupillaire : elle est évidemment le résultat de la cicatrisation de la cornée. Il faut rarement compter sur les efforts de la nature pour la faire disparaître ; il vaut mieux commencer de suite à un traitement rationnel et souvent énergique.

Traitement. — C'est ici le cas d'employer le colomel pur, combiné avec les instillations de laudanum, et surtout de teinture thébaïque. M. le professeur Lallemand recommande de toucher les albugos inertes avec un crayon de nitrate d'argent pour les faire passer une autre fois à l'état inflammatoire, qui est quelquefois suivi d'une résolution ; c'est dans le même but que M. Carron du Villards les touche avec la teinture concentrée des cantharides. Ces deux dernières médications, quoique très rationnelles, ne doivent être employées qu'avec beaucoup de précaution, car leur usage immodéré ou intempestif peut dépasser le but en produisant des inflammations trop profondes et des kératites opiniâtres et incurables.

Dans quelques cas d'albugo invétéré, ainsi que dans le nuage, quand il y a surtout quelques petites vascularitions, nous employons avec succès la pommade suivante :

Prenez :

Axonge	1/2 gros	= 2 gram.
Nitrate d'argent fondu	4 grains	= 20 centigr.
Extrait de saturne	20 gouttes.	
Laudanum de Syden.	6 gouttes.	

On en passera tous les soirs gros comme une tête d'épingle sur le bord des paupières, on fermera les yeux et l'on frottera ensuite légèrement les paupières contre le globe pour faire dissoudre la pommade.

IIIe VARIÉTÉ.

Dans la troisième variété que l'on nomme aussi *leucoma*, l'on a affaire à un changement de tissu de la cornée, qui est toujours le résultat d'une ulcération profonde ou d'une perte de substance qui a été remplacée au moyen d'une cicatrisation granuleuse qui s'organise en un nouveau tissu presque analogue à la sclérotique.

Traitement. — Le leucoma est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Les opérations que l'on a entreprises n'ont point été couronnées de résultats avantageux; elles consistaient à racler la partie opaque de la cornée ou à l'inciser complétement pour y rapporter une cornée prise chez les animaux, nous avons essayé une dixaine de fois cette opération sur les lapins et sur les chiens, et nous n'avons jamais pu réussir.

On pourrait classer dans les différentes variétés des taches de la cornée un obscurcissement circulaire de cette membrane qui se manifeste chez les vieillards et qu'on appelle vulgairement *arcus senilis* (*gerontoxon*), qui, ainsi que le leucoma, est au-dessus des ressources de l'art.

CHAPITRE III.

MALADIES DE L'ŒIL PAR AUGMENTATION DE VOLUME ET PAR PRODUCTION DE TISSUS NOUVEAUX.

§ I. — HYDROPHTHALMIE.

SYN. — *Hydropisie de l'œil.*

A. *Siége et symptômes.* — L'hydrophthalmie est une augmentation du volume de l'œil produite par l'accumulation d'un liquide dans un point quelconque de la circonférence du globe oculaire. Pendant longtemps, on a pensé que cette maladie avait son siége uniquement dans la chambre antérieure; puis, on n'a pas tardé à se convaincre qu'il se formait des collections de liquide à la partie postérieure et quelquefois sur les côtés, c'est ce qui a fait admettre trois espèces d'hydrophthalmie, l'*antérieure*, la *postérieure* et la *mixte*.

L'hydrophthalmie *antérieure* de l'œil est due à l'augmentation du volume de l'humeur aqueuse; ce volume est tel que la cornée se distend, s'amincit, se bombe, et forme une convexité très apparente, même lorsque les paupières sont fermées. L'iris est refoulé en arrière, devient immobile avec dilatation de la pupille. Lorsque le mal augmente, la cornée finit par éclater, et l'œil se vide.

L'hydropisie *postérieure* que l'on nomme improprement *staphylôme postique*, est due à une accumulation de liquide à la partie postérieure de l'œil qui correspond à la tache jaune de Soemmerring ; son siége est entre la choroïde et la rétine ; quelques personnes l'attribuent à la sécrétion de la membrane dite de Jacob ; cette sécrétion est souvent assez abondante pour distendre la sclérotique et y former une tumeur plus ou moins volumineuse.

L'hydrophthalmie *mixte* est toujours due à un épanchement antérieur ou postérieur, qui a séparé les membranes de l'œil et qui est venu se répandre vers la partie centrale de cet organe, où il produit les mêmes phénomènes que dans le *staphylôme postique*.

Dans le plus grand nombre des cas, le malade souffre peu, l'œil fait saillie et se trouve gêné dans ses mouvemens ; la vue s'affaiblit au fur et à mesure du développement de l'œil; dans quelques cas seulement de staphylôme postique, il existe des symptômes de compression des nerfs de l'œil, qui produisent des douleurs très vives s'irradiant sur le front et sur la mâchoire.

B. — *Durée et terminaison.* — L'hydrophthalmie se développe quelquefois spontanément à la suite de fièvres exanthématiques ; plus ordinairement, sa marche est lente ; rarement elle reste stationnaire ; elle se termine très souvent par le *rhexis* (rupture de l'œil).

C. — *Pronostic.* — L'hydrophthalmie est toujours une maladie grave, car on obtient rarement sa résolution : celle-ci même n'arrive que lorsqu'on attaque la maladie au début.

D. — *Causes.*— L'affection qui nous occupe est presque toujours produite par une hypersécrétion de l'humeur aqueuse consécutive à la suppression des affec-

tions exanthématiques aiguës. Quelquefois, chez les enfans, elle se développe à la suite des inflammations des méninges. Dans quelques cas, l'on peut aussi l'attribuer au défaut de l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption. A Rome, à Alger et à Oran, où, d'après M. le docteur Grellois, cette maladie est très commune, on l'attribue à la réverbération du soleil sur les maisons peintes en blanc. La misère, la malpropreté, le défaut d'équilibre dans les fonctions vitales influent notablement sur le développement de l'hydrophthalmie.

E. — *Traitement.* — Le traitement doit surtout être basé sur la recherche attentive que l'on aura faite des causes de la maladie; le premier devoir sera de les éloigner. La maladie existant à l'état aigu, on la traitera comme une hydropisie aiguë; si, au contraire, on l'attribue à la faiblesse des vaisseaux absorbans, on emploiera les moyens locaux et généraux capables de raviver leur action. Les sudorifiques, les diurétiques, les bains de vapeur secs et aromatiques, les topiques excitans sont ici indiqués.

Lorsque ces remèdes ne produisent aucun résultat, il faut recourir à l'évacuation de l'humeur aqueuse. Ce moyen n'est du reste que palliatif, et l'on est toujours forcé d'enlever un segment de la cornée pour vider l'œil qui s'affaisse et se transforme en moignon.

F. — *Professions.* — On rencontre assez souvent cette maladie en Orient où elle attaque de préférence les juifs de la classe inférieure, qui sont presque tous marchands d'habits, qui vivent au milieu de matières insalubres entassées dans des appartemens humides, malsains, sombres et toujours situés dans les rues les plus sales de la ville.

En Europe, on la rencontre quelquefois chez les tis-

serands et les terrassiers, je l'ai observée aussi chez les enfans des chiffonniers.

G. — *Moyens prophylactiques.* — Tout ce qui peut contribuer à la propreté et à l'assainissement des habitations des meubles et des vêtemens.

---

§ II. — STAPHYLÔMES.

1° STAPHYLÔMES DE LA CORNÉE.

On a donné le nom de *staphylômes* de la cornée à différentes espèces de tumeurs qui se manifestent sur cette membrane, et qui en changent la forme. Quelques-unes de ces tumeurs existent sans changer la transparence de la cornée, c'est ce qui leur a fait donner le nom de staphylômes *transparens* : ceux-ci sont de deux espèces, le staphylôme *rond* et le *conique*, que l'on nomme aussi *propulsion conique* de la cornée. Les staphylômes transparens doivent être considérés comme un dédoublement de cette membrane, qui peut arriver quelquefois à un développement énorme. Ils conservent leur transparence pendant tout le temps qu'ils peuvent être recouverts par les paupières. Dès l'instant que la tumeur est trop considérable, elle reste exposée à l'air, alors elle perd sa transparence ordinaire et peu à peu devient opaque.

Quant aux staphylômes non transparens, ils sont toujours le résultat d'un ramollissement de la cornée suite d'une ophthalmie violente et de longue durée ; c'est surtout après les ophthalmo-blennorrhées que ce symptôme se manifeste le plus souvent.

Ces diverses espèces de staphylômes peuvent rester longtemps stationnaires ; mais ils finissent toujours par

augmenter, par s'ouvrir et donner lieu à des végétations de mauvaise nature.

Traitement. — Les staphylômes à leur début peuvent presque toujours être arrêtés, en exerçant sur l'œil une compression graduée, rendue plus active, s'il le faut, avec une plaque de plomb, comme le faisait Forlenze. Dans d'autres circonstances, on est obligé de recourir à l'application du caustique ; le nitrate d'argent est encore ici celui que l'on doit préférer.

Lorsque la maladie résiste à ces moyens, il faut se hâter d'enlever le segment antérieur de la cornée en pratiquant une incision semi-circulaire qui comprendra la moitié supérieure de la cornée, et en enlevant de haut en bas le lambeau de cette membrane, soit avec un couteau à cataracte, soit avec des ciseaux courbes sur le plat. Par ce moyen l'œil se vide, s'affaisse et se convertit en un moignon inerte, susceptible de porter convenablement un œil artificiel. Ainsi que le docteur Stoeber, nous pensons que cette méthode est préférable à celle de Scarpa, qui consiste à enlever une petite portion de la cornée staphylômateuse. Par ce procédé, la maladie peut se reproduire et le moignon oculaire restant très volumineux, il est impossible de faire jouir le malade des bénéfices de la prothèse.

On a renoncé aujourd'hui à l'idée d'enlever le staphylôme et de conserver une lame de la cornée avec l'espoir de laisser un peu de vue au malade. L'on n'a pas tardé à se convaincre que cet espoir était illusoire, et que la lame de la cornée, qui paraissait transparente, perdait rapidement cette faculté pour se transformer en un corps fibreux.

M. Pétrequin de Lyon a proposé un moyen très ingénieux pour la guérison des staphylômes. Ce moyen

consiste à *creuser* avec un crayon de nitrate d'argent, taillé en cône très pointu, une sorte de cautère creux, infundibuliforme, qui attaquât à la fois le sommet, le centre et la base du mal, et qui y établit une suppuration centrale, capable de dégorger profondément la tumeur.

La pratique du séton, recommandée par les anciens, est aujourd'hui généralement abandonnée à cause des accidens qu'elle a produits !

2° STAPHYLÔME DE LA SCLÉROTIQUE ET DU CORPS CILIAIRE.

SYN. *Cirsophthalmie. — Varicosité universelle de l'œil. — Telargectasia oculi.*

Après une inflammation violente de la sclérotique, surtout lorsqu'elle est due à une cause traumatique, le tissu fibreux, qui la compose, se ramollit, se sépare et donne lieu à de petites tumeurs que l'on a nommé staphylomes de la sclérotique. Ces tumeurs sont à leur début légèrement grisâtres, à mesure qu'elles sont refoulées en avant par la choroïde, elles prennent une teinte bleuâtre, puis deviennent tout-à-fait bleues.

C'est surtout dans le pourtour de la cornée qu'elles paraissent le plus souvent, et cela non seulement parce que la sclérotique est plus mince dans la partie antérieure de l'œil, mais encore parce que le corps ciliaire, se développant peu à peu sous l'influence de son inflammation, les veines qui le composent deviennent variqueuses et usent et distendent la sclérotique. Tout autour de la cornée, on aperçoit alors un anneau qui environne la cornée, qui paraît comme enchâssée. Cette procidence

annulaire est tantôt grise, tantôt bleue, lisse, ou bosselée; la conjonctive qui le recouvre est parsemée de petits vaisseaux variqueux, l'iris se déforme et paraît entraîné par le corps ciliaire, la pupille est complétement immobile.

Cette maladie est accompagnée très souvent de douleurs violentes, qui l'ont fait confondre avec une affection cancéreuse. Dans d'autres circonstances, elle arrive à la plus haute période d'intensité sans occasionner aucune douleur; elle se termine presque toujours par la rupture de l'œil, c'est alors seulement que se manifestent quelquefois des suppurations et des végétations de mauvaise nature, qui finissent par dégénérer en cancer.

Traitement. — Rien jusqu'à présent n'a pu s'opposer au développement du staphylôme du corps ciliaire. Aussitôt que son accroissement inspire des craintes, il faut se hâter de vider l'œil; par ce moyen, l'on évitera le rhexis de l'œil et la dégénérescence cancéreuse.

Il se manifeste quelquefois à la partie postérieure de la sclérotique des tumeurs que l'on a nommé improprement des *staphylômes postérieurs* (*staphyloma posticum*) de la sclérotique. De récentes recherches ont prouvé que c'étaient simplement des hydropisies partielles de l'œil avec amincissement et dédoublement de la sclérotique.

---

§ III. — HERNIES.

1° HERNIE DE LA CORNÉE.

SYN. — *Kératocèle.*

Lorsqu'une ulcération perforante ou une cause traumatique ont détruit presque toutes les lames de la cor-

née, celle qui reste immédiatement au-dessus de l'humeur aqueuse n'est pas suffisante pour opposer un obstacle au liquide contenu dans les chambres de l'œil, alors la cornée cède et forme au fond de la plaie une petite saillie d'une couleur gris de perle, qui se développe de jour en jour, et qui finit souvent par déborder en dehors de l'ulcération. La hernie cornéenne se comporte dans ce cas, comme dans celle de l'iris, lorsqu'elle revêt la forme dite *tête de clou* ou *tête de mouche*.

Cette hernie peut rester plusieurs mois stationnaire; dans d'autres cas, la distension est rapide, et celle-ci est presque toujours suivie de la rupture des parties herniées. A travers la fissure qui se forme, s'échappe une quantité plus ou moins grande d'humeur aqueuse, la hernie alors s'affaisse, la crevasse contracte des adhérences et oppose un obstacle à la sortie de l'humeur aqueuse jusqu'à ce qu'un nouvel amincissement progressif, suivi d'une nouvelle crevasse, ait de nouveau donné passage au liquide.

Ces divers phénomènes peuvent durer des mois et des années sans que la cornée subisse d'autres transformations; mais il y a des cas, au contraire, dans lesquels l'iris s'engage dans la crevasse et vient former une hernie; celle-ci peut acquérir un grand volume, déformer ou détruire la pupille et placer ainsi l'œil dans des conditions graves. Enfin, il est une espèce de hernie de la cornée qui se forme en sens inverse de celle que nous venons de décrire : c'est lorsqu'une ulcération de la face interne et concave de la cornée a détruit une partie de celle-ci. C'est alors que les lames externes de la cornée, poussées en avant par l'humeur aqueuse, fléchissent et forment une petite voussure de la cornée, représentant une élévation semi-lenticulaire qui varie de diamètre.

Traitement. — La hernie de la cornée ne devient grave qu'en subissant les différentes anomalies que nous avons décrites. Prise au début, elle guérit comme une ulcération simple de la cornée sous l'influence de légers collyres excitans; dans les cas rebelles, on touche la hernie avec un pinceau imbibé de laudanum ou de solution de nitrate d'argent. C'est dans ces cas que M. Carron du Villards emploie avec avantage l'huile essentielle de cantharides. Si la tumeur est volumineuse, il faut maintenir l'œil fermé, comme dans l'opération de la cataracte par extraction, en faisant garder au malade la position horizontale sur le dos.

2° HERNIE DE L'IRIS.

SYN. *Procidence de l'iris.* — *Hylon.* — *Myocéphalon.*

A. — *Siége et symptômes.* — Lorsque, par une cause quelconque, la cornée a été perforée, l'humeur aqueuse s'échappe; la chambre antérieure se détruit et l'iris s'engage dans la solution de continuité. Cette hernie du corps irien se fait tantôt lentement, tantôt brusquement; dans le premier cas, l'iris est quelquefois recouvert par un dédoublement de la membrane de l'humeur aqueuse qui se comporte alors comme le péritoine dans les hernies de l'abdomen. En examinant avec attention la petite tumeur qui fait hernie, on voit qu'elle est recouverte d'une petite pellicule gris-blanchâtre.

Toutes les fois que la hernie est instantanée, ce qui arrive surtout à la suite des plaies pénétrantes de la cornée, elle n'est point recouverte de cette pellicule. En rai-

son de l'étendue et de la forme qu'elles prennent, les hernies de l'iris ont reçu des noms différens. On appelle *myocéphalon* la hernie qui ressemble à une mouche; *clou*, *clavus*, *hylon*, quand elle revêt la forme d'un clou. Enfin hernie *multiple* ou *raisinière*, quand plusieurs *myocephalons* ou *hylons* se trouvent réunis.

Si l'ouverture de la cornée est le résultat d'une solution de continuité, ainsi que nous l'avons dit, l'iris s'engage brusquement et forme aux lèvres de la plaie une petite tumeur qui ne tarde pas à éprouver des phénomènes inflammatoires. Ceux-ci sont dus non seulement au contact de l'iris avec l'air, mais encore au frottement des paupières et aux phénomènes d'étranglement qui ne tardent pas à se manifester, l'œil devient rouge, larmoyant, très douloureux, ces douleurs sont en tout semblables à celles produites par une iritis. Pour la hernie qui se forme lentement à la suite d'une perforation ulcéreuse de la cornée, les choses marchent autrement. Du fond de la solution de continuité s'avance une poche grisâtre enveloppant l'iris, et se faisant jour peu à peu à travers la cornée. Lorsque la malade se couche sur le dos, cette tumeur rentre toujours par son propre poids; peu à peu elle devient plus forte et une certaine quantité d'iris affranchit l'ouverture de la cornée, le corps hernié ne rentre plus; l'enveloppe de l'humeur aqueuse se rompt et cette humeur s'échappant, l'iris se présente à découvert; alors se manifestent dans cette hernie, comme dans celle précédemment décrite, les phénomènes d'inflammation et d'étranglement.

B. — *Durée et terminaison.* — La plupart des hernies de l'iris sont réductibles au début, ce n'est que lorsqu'elles ont provoqué des symptômes d'étranglement et d'inflammation qu'elles contractent des adhérences avec

les bords de la solution de continuité que leur réduction est impossible. Il n'est pas rare de voir la partie étranglée être frappée immédiatement de mortification. Lorsque l'étranglement n'est pas suffisant pour produire la séparation des parties, elle s'enflamme et se couvre d'une pellicule blanchâtre qui peu à peu recouvre la tumeur d'un tissu de nouvelle formation, qui se lie à la cornée, y adhère, y fait corps et produit alors une tumeur gris-perle à fond bleuâtre et que l'on nomme staphylôme de l'iris. La hernie de l'iris est toujours suivie d'une synéchie antérieure plus ou moins considérable, d'une déformation plus ou moins prononcée de la pupille et quelquefois de sa disparition complète.

C. — *Pronostic.* — La hernie de l'iris, quelque soit sa forme et sa grandeur, est toujours une maladie grave, parce qu'elle a toujours une influence directe sur l'état de l'œil et surtout sur celui de la vision. On calculera sa gravité par l'étendue du mal, par sa durée et les difficultés que l'on éprouvera d'y remédier.

D. — *Causes.* — La hernie de l'iris est occasionnée par les ouvertures faites accidentellement à la cornée avec les instrumens piquans ou tranchans; souvent elle est le résultat de l'opération de la cataracte par extraction ou de l'ouverture faite à la cornée par le chirurgien, pour extraire un corps étranger, évacuer une collection purulente ou un épanchement sanguin. Dans d'autres circonstances, cette maladie est due à une perforation ulcéreuse de la cornée, résultat d'une kératite, de l'ulcération d'une pustule ou de la suppuration d'un grain de petite vérole.

E. — *Traitement.* — Il faut chercher à réduire toutes les hernies traumatiques de l'iris, en faisant coucher le malade sur le dos, en soulevant le bord de la cornée,

et en refoulant l'iris au moyen d'un petit stylet-mousse; aussitôt que la réduction est faite, il faut mettre contre les paupières une goutte d'extrait de belladonne pour faire dilater l'iris et empêcher la récidive. On fait un pansement convenable comme s'il s'agissait d'une opération de cataracte par extraction.

Si l'on voulait se donner la peine de surveiller les ulcérations perforantes de la cornée on aurait rarement des hernies consécutives, car en touchant l'ulcération perforante avec un crayon de nitrate d'argent convenablement taillé, on arrèterait le mal à son début. Lorsque la hernie est produite, on peut presque toujours en arrêter le développement en la touchant vivement avec le même caustique. Si la hernie a une forme conique très prononcée, on peut, à son début, la couper avec des ciseaux courbes sur le plat, et la cautériser immédiatement après pour faire rapprocher les bords de la solution de continuité et empêcher une récidive.

---

§ IV. — TUMEURS DES PAUPIÈRES.

Il est bien peu de chirurgiens qui n'aient rencontré un certain nombre de fois dans leur pratique des tumeurs ayant leur siége sur le bord libre des paupières, ou dans la continuité de leur tissu. Pendant longtemps on s'est peu occupé de la nature intime de ces tumeurs, et on s'est borné à la recherche d'un moyen convenable pour les guérir. Aussi les uns, comme Wenzel, Boyer, Dupuytren, employaient des emplâtres fondans; d'autres, comme Demours, proposaient l'acupunture; M. Lisfranc

et Carron du Villards, la cautérisation par le nitrate d'argent ; d'autres enfin emploient des petits sétons, ou l'extirpation dans tous les cas.

Toutes ces méthodes diversement préconisées ont été suivies de succès, toutes ont aussi éprouvé des revers. A quoi attribuer de pareils résultats, si ce n'est à l'incertitude où l'on est sur la nature de la maladie et sur son siége réel ? Quelques personnes attribuent cette maladie à un endurcissement des glandes de Meibomius ; mais existe-t-il de ces glandes dans la partie supérieure ou préorbitale de la paupière, où nous avons rencontré des tumeurs en tout identiques à celles qui existaient en même temps sur le bord des paupières ? D'autres les considèrent comme des tumeurs cystiques, et cependant il est des cas où une dissection attentive n'y a démontré aucune cavité, aucun trajet fistuleux. Après avoir résisté pendant des mois, des années, à un traitement énergique, elles disparaissent brusquement pendant une nuit, elles reparaissent le lendemain et acquièrent rapidement un degré de dureté remarquable.

Nous les regardons comme des endurcissemens avec hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-conjonctivien. Toutes ces opinions expliquent suffisamment les résultats différens obtenus par des médications diverses.

Il faut le reconnaître, de ces résultats si opposés on doit déduire que ces tumeurs ne sont point de même nature, et qu'il est important de les étudier avec soin pour obtenir une guérison prompte et radicale. En effet, quelque faciles que soient les opérations de cette nature pratiquées sur les paupières, elles sont d'autant plus désagréables pour le malade qu'à peine l'incision de la peau est-elle cicatrisée, que l'on voit souvent une tumeur ana-

logue à celle extirpée, reparaître non loin de la cicatrice.

Ayant observé un grand nombre de ces maladies, nous croyons qu'il faut les classer en trois ordres à caractères bien différens et bien tranchés; les unes se rapportent à des *tumeurs cystiques* proprement dites; les autres à des *engorgemens cellulaires*; les dernières à des *luxuriations* de la conjonctive palpébrale (1). Voici les signes diagnostiques différentiels auxquels on peut reconnaître ces trois espèces de tumeurs.

1° TUMEURS CYSTIQUES.

Loupes des paupières. — Ces tumeurs sont de préférence situées sous la peau; elles succèdent presque toujours à un orgeolet non suppuré, ou à l'inflammation d'un follicule sébacé de la peau; elles sont rondes ou ovales, flottantes, nullement adhérentes, sans bosselures, renittentes au toucher comme une vessie pleine d'air; elles ne sont point douloureuses; la pression ne détermine aucune sensation désagréable. Ces tumeurs gênent plus ou moins les mouvemens des paupières, et peuvent, quand elles sont volumineuses, occasionner le renversement; leur forme et leur volume ne changent point dans un très court espace de temps; lorsqu'on les ouvre on reconnaît facilement une enveloppe légèrement fibreuse contenant des matières ramollies de différente nature; tantôt c'est un liquide gélatineux, tantôt purulent, tantôt enfin une matière sébacée, mélicérique ou stéatomateuse.

(1) Voyez HYGIE, Gazette de santé. — *Réflexions Pratiques sur quelques tumeurs des paupières, par S. Furnari.* Mai, 1839.

2° ENGORGEMENS CELLULAIRES.

Cette deuxième variété est due à l'inflammation chronique du tissu cellulaire, vulgairement connue sous le nom d'engorgement blanc; elle consiste en une hypertrophie d'une ou plusieurs mailles du tissu cellulaire palpébral. Cette variété est presque toujours sous-conjonctivienne; elle apparaît sous la forme d'une petite tumeur circonscrite, peu mobile, multilobée et bosselée. Sous l'influence de la plus légère cause congestive, elle s'enflamme et augmente tout à coup; de même elle diminue brusquement, disparait et reparaît tout à coup au moment où on la croit entièrement dissipée; chez les femmes, dont la première menstruation est difficile, ce phénomène est surtout tres fréquent.

3° LUXURIATIONS OU VÉGÉTATIONS.

Cette troisième variété a son siége unique dans la conjonctive; elle est presque toujours le résultat d'une ulcération conjonctivale dont la cicatrisation a été mal dirigée ou abandonnée aux seules forces de la nature. Cette tumeur se présente sous la forme d'un petit mamelon simple ou multilobé, et quelquefois semblable à une petite framboise; son tissu est éminemment sanguin et entretenu dans cet état par une foule de petits vaisseaux qui y apportent du sang en abondance; aussi cette tumeur saigne-t-elle au plus léger toucher.

Traitement. — Les tumeurs cystiques, proprement dites, disparaissent rarement sous l'influence d'un traitement médical; cependant avant de recourir à l'opéra-

tion il faut toujours tenter la résolution ; les emplâtres dits fondans, tels que l'emplâtre de *vigo* et *savonneux* ont été préconisés de tout temps. Un certain nombre de succès obtenus par les préparations d'iode, autorisent à tenter l'action de ce médicament. Mais le moyen le plus sûr est, sans contredit, la méthode excitante, soit celle qui a pour but d'exciser le kiste, de l'enflammer et de provoquer une véritable suppuration. Par ce moyen l'on obtient presque toujours une cure radicale ; pour cela il faut frotter la tumeur avec les onguens excitans, la recouvrir avec un cataplasme, tendant à provoquer la suppuration ; lorsque celle-ci est une fois développée, on ouvre le petit abcès, on le vide et l'on cautérise ses parois avec le nitrate d'argent, afin de détruire entièrement les portions restantes du kiste.

Nous employons habituellement la pommade préparée d'après la formule suivante :

Prenez :

Moëlle de bœuf, Beurre de cacaos fondu,	de chaque jj gros = 8 gram.
Protoiodure de mercure,	1/2 gros = 2 gram.
Hydrochlorate de morphine,	1 grain = 5 centigr.

Pour faire une pommade dont on fera soir et matin des frictions sur la tumeur.

Les femmes qui ont la peau excessivement irritable, doivent commencer l'usage de cette pommade en y ajoutant un tiers de pommade de concombre.

Il arrive quelquefois que l'emploi de cette pommade surexcite le kiste au point de l'enflammer et de le faire passer en suppuration. Bien loin d'arrèter celle-ci, il faut la favoriser par tous les moyens possibles, car elle est presque toujours suivie de la disparition complète du kiste.

Lorsque l'on a échoué dans l'emploi de ces divers topiques, on doit recourir à l'instrument tranchant. Il n'y a rien de particulier dans le manuel opératoire ; il est semblable à celui de toute extirpation de tumeur ; il faut seulement avoir la précaution de faire des incisions très nettes, afin de ne pas labourer les tissus et obtenir une réunion par première intention ; cette condition sera d'autant plus facilement obtenue que, dans l'incision, l'on aura suivi l'axe transversal de la paupière.

Si la tumeur est située vers l'angle externe de la paupière, il faut donner à l'incision de la peau une direction perpendiculaire, pour éviter d'intéresser le ligament interpalpébral. On peut saisir la tumeur avec une érigne double, et l'isoler du tissu cellulaire et des muscles à l'aide d'un petit bistouri flexible de Leber, arrondi, mousse à sa pointe et tranchant sur les côtés.

Le traitement des engorgemens du tissu cellulaire est absolument le même que pour les tumeurs cystiques.

Quant aux luxuriations ou hypertrophies de la conjonctive, on peut presque toujours les détruire à leur début au moyen de collyres légèrement escharotiques ; mais lorsque la maladie a acquis un certain degré de développement, il faut des cautérisations successives pratiquées avec le nitrate d'argent. Ce n'est qu'après avoir échoué dans l'emploi de ce moyen que l'on doit recourir à l'extirpation. Pour la pratiquer convenablement, il faut avoir des pinces dentelées suffisamment larges pour saisir la tumeur d'un seul coup ; on soulève ensuite la tumeur, et avec des ciseaux courbes sur le plat, on la retranche complètement. Dans cette extirpation on doit éviter d'intéresser les tarses ; la blessure plus ou moins étendue de ces cartilages peut être suivie d'un ectropion,

d'un entropion et de lagophthalmie (œil de lièvre), maladies souvent incurables.

Cette opération est toujours suivie d'un écoulement de sang abondant; il faut en favoriser la sortie par des lotions tièdes. Lorsque tout suintement est terminé, il est convenable de cautériser la plaie, afin d'empêcher la récidive.

---

§ V. — EXCROISSANCES DE LA CONJONCTIVE.

La conjonctive, de même que tous les tissus abondamment pourvus de vaisseaux est sujette à la formation de tumeurs, affectant des formes et des organisations variées.

1° PAPULES.

Les papules sont des petites tumeurs arrondies, dures, rougeâtres, situées entre la paupière inférieure et le repli semilunaire de la conjonctive. Beer, qui les a décrites le premier, leur a donné le nom de *papules*. Elles existent presque toujours isolément; cependant on en rencontre plusieurs sur le même individu, elles n'occasionnent aucune incommodité, si ce n'est une démangeaison assez vive. Leur présence se lie presque toujours à la prédominance du système lymphatique et au travail de la première menstruation chez les jeunes filles. C'est la démangeaison qu'elles occasionnent qui provoque quelquefois leur accroissement en obligeant les malades à se frotter souvent les paupières. Avec une ou deux légères cautérisations et quelquefois avec un simple collyre astringent on débarrasse facilement les malades. Ce n'est

que lorsqu'elles auront acquis un certain développement qu'il faudra recourir à l'excision.

2° PINGUECULA.

La tumeur qu'on appelle *pinguecula*, comme l'indique son nom latin, est un petit amas de graisse qui se forme en divers points de la conjonctive du bulbe. Cette tumeur, d'un rouge jaunâtre, peut acquérir différens degrés de grosseur, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois chiche. Quand ces excroissances acquièrent ce développement le frottement des paupières leur donne une surface légèrement cornéenne. D'autres fois il se développe quelques poils. Wardrop, dans son anatomie pathologique, a signalé quelques cas de ce genre. Pendant que ces tumeurs graisseuses ne gênent pas le malade on les abandonne ; ce n'est qu'en cas de développement qu'on a recours à l'extirpation.

3° SARCOME DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE.

Souvent, à la suite d'ophthalmies chroniques, surtout celles de nature purulente, les granulations de la paupière inférieure acquièrent un développement et une dureté remarquables; on leur a donné improprement le nom de *sarcome de la paupière inférieure*. Le nom d'*exophthalmie fongueuse* que lui donne Beer n'est pas plus exact ; c'est tout simplement une *hypertrophie granuleuse* de la conjonctive arrivée à son plus haut développement. Lorsque la maladie est parvenue à ce point elle occasionne presque toujours le renversement de la paupière en dehors ou l'ectropion dont nous parlerons en temps et lieu. L'hypertrophie granuleuse se traite par

l'application réitérée des caustiques, et mieux encore par la combinaison de ceux-ci avec l'excision.

4° PTERYGION (*Onglet, Ongle*).

On appelle ptérygion un développement des vaisseaux de la conjonctive qui partant du grand ou du petit angle de l'œil se portent vers la cornée et forment ainsi une petite tumeur aplatie, triangulaire, ou en éventail. Elles s'arrêtent presque toujours à la cornée, mais dans quelques cas la pointe du triangle s'avance sur la cornée et arrive jusqu'à la région pupillaire. Rarement le ptérygion existe à l'angle interne et à l'angle externe à la fois, cela s'observe cependant quelquefois : Cunier, Carron du Villards, Petrequin et moi, nous en avons vu des quadruples sur le même œil, et le développement conjonctivien formait alors une espèce de croix de Malte.

Il y a trois espèces de ptérygion, le ptérygion *variqueux* ou vasculaire, composé uniquement de vaisseaux; le ptérygion *graisseux*, qui n'est qu'une réunion de *pinguecula* unis aux vaisseaux; enfin le ptérygion *charnu* qui participe des deux formes précédentes avec une organisation spéciale, qui ressemble à la fibre musculaire.

Ces diverses espèces de ptérygion se développent le plus souvent sans cause connue; mais, le plus ordinairement, ils se développent à la suite de conjonctives chroniques, de contusions et de brûlures.

Le ptérygion peu développé, n'occasionne ni gène, ni douleur, ce n'est que lorsqu'il a envahi la cornée qu'il trouble la vision, et son énorme développement seul occasionne la douleur. Dans ces deux cas, il devient donc nécessaire d'en débarrasser le malade au moyen d'une opération facile et peu douloureuse. De tous les procédés

recommandés pour arriver à ce but, un seul reste dans la science, c'est l'excision au moyen de pinces à *dents de rats* et les ciseaux courbes qui sont toujours préférables au bistouri. Pour saisir la petite tumeur triangulaire, nous nous servons de notre pince à double bascule. Aussitôt que l'opération est faite, on fomente la plaie avec de l'eau tiède pour faire dégorger les parties. S'il était resté quelques fragmens ayant échappés à l'action de l'instrument, on les toucherait le lendemain avec un pinceau à miniature chargé de solution de nitrate d'argent.

---

§ VI. — PANNUS.

Syn. — *Pannicule.*

Le *pannus* est le développement sanguin des vaisseaux qui serpentent dans la conjonctive cornéenne; cette maladie peut exister à différens degrés de développement auxquels on a assigné des noms différens, tels que ceux de pannus *membraneux*, *charnu* et *sarcomateux*. Ces trois variétés de la même maladie reconnaissent les mêmes causes dont l'intensité et la persistance développent et agravent le mal; ainsi les ophthalmies chroniques, le trichiasis et surtout les granulations de la paupière développent cette affection qui débute presque toujours par le trouble de la cornée sur laquelle l'on reconnaît, au moyen d'une forte loupe, des myriades de petits vaisseaux s'anastomosant en tout sens. Peu à peu ceux-ci se développent, prennent un aspect variqueux ce qui donne à la cornée l'apparence d'une plaie bourgeonneuse et végétante. Cette luxuriation est quelquefois si active que la

cornée disparaît sous ses envahissemens progressifs ; au début de la maladie la vue est troublée, elle s'anéantit tout à fait dès que le mal fait des progrès. Ce qu'il y a de plus remarquable c'est que cette affection occasionne peu de douleur.

Il est enfin des pannus inflammatoires qui se développent très rapidement sous l'influence de quelques ophthalmies purulentes ; ceux-ci sont très douloureux parce qu'ils sont accompagnés de phénomènes d'étranglemens.

Traitement. — La recherche des causes accasionnelles est la base indispensable de tout traitement curatif, car on a vu des pannus rebelles à toutes les médications, disparaître presque instantanément à la suite de l'avulsion de quelques cils déviés dont l'irritation constante occasionnait et entretenait le mal. Le même principe s'applique à la destruction des granulations de la paupière supérieure ; une fois la cause occasionnelle détruite on combat les symptômes locaux par des collyres astreingens et escharotiques, par l'insufflation des collyres secs et des poudres médicamenteuses, et en dernière ressource par l'excision des vaisseaux variqueux.

Si la maladie devient opiniâtre, s'il se produit des végétations, alors il faut suivre le précepte de Scarpa, qui consiste à exciser tout autour de la cornée un lambeau d'une ligne d'étendue, de la conjonctive qui recouvre la sclérotique. En détruisant par ce moyen l'origine des végétations, l'action des collyres et des pommades sera plus efficace pour combattre le pannus.

§ VII. — HYPERKÉRATOSIS.

SYN. — *Conicité de la cornée. — Staphylôme transparent de la cornée. — Kérato-conus.*

Il est une espèce d'augmentation de volume de la cornée qui consiste dans son développement conique avec transparence complète de la tumeur. Cette maladie est assez fréquente; elle se manifeste presque toujours après les fièvres éruptives et l'on pourrait presque la considérer comme une paralysie partielle; elle n'est suivie ni accompagnée d'aucune douleur; seulement elle trouble la vision. Dans quelques cas le frottement de la paupière supérieure creuse une petite facette à l'extrémité du cône; j'ai observé un cas de cette nature chez une jeune personne de la rue St-Denis, qui s'est présentée plusieurs fois aux consultations publiques du dispensaire.

Traitement. — Cette maladie est presque toujours incurable, on peut cependant tenter la ponction qui a quelquefois réussi a Langenbeck et à Leclat; cette opération aurait bien plus de chances de succès si l'on pouvait provoquer un filtrage continuel de l'humeur aqueuse jusqu'au moment où la cornée serait graduellement revenue sur elle-même.

CHAPITRE IV.

MALADIES DE L'ŒIL PAR DÉGÉNÉRESCENCE DE TISSU.

AFFECTIONS SQUIRRHEUSES ET CANCÉREUSES DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES.

De même que toutes les autres parties du corps, l'œil et ses annexes sont susceptibles de dégénérescence cancéreuse, qui elle-même n'est que le résultat d'un endurcissement ou d'un squirrhe dégénéré ; cette maladie se présente sous diverses formes : tantôt elle débute par la circonférence de l'organe ; tantôt son point de départ est dans le centre; tantôt enfin la maladie commence dans le nerf optique et de là se propage au bulbe ; c'est surtout à la suite des ophthalmies supparées, des végétations de la conjonctive, des abcès profonds de l'orbite, que l'affection squirrho-cancéreuse se manifeste. Lorsque l'œil est affecté d'une tumeur, que les paupières ne peuvent pas s'ouvrir facilement, le frottement l'irrite, et il s'y développe alors un travail végétatif se terminant ordinairement par un état cancéreux.

A l'exemple de M. Bréchet, nous considérons comme cancer le *fongus hématode*, le *médullaire* et la *mélanose*.

§ I. — CANCER DES PAUPIÈRES.

A. — *Siége et symptômes.* — Les paupières, comme tous les tissus recouverts de peau, sont très sujettes au développement de l'affection cancéreuse. C'est surtout à la suite des inflammations négligées, des verrues dégénérées et autres tumeurs de même nature, que l'affection cancéreuse se développe sur les paupières. Elle se manifeste presque toujours par une démangeaison opiniâtre, ayant son siége dans le pourtour de la tumeur; le malade la gratte, elle s'enflamme; ses bords se crevassent, se renversent; le pourtour de la tumeur est parsemé de vaisseaux nouveux et légèrement variqueux. Le tissu des paupières s'hypertrophie, s'endurcit et prend une teinte livide. La tumeur s'ulcère profondément, fournit un hicor fétide, presque toujours suivi de perte de substance et de déformation.

B. — *Durée et terminaison.* — La maladie peut rester longtemps stationnaire; d'autres fois elle marche brusquement et ne se borne point aux paupières, mais de celles-ci elle s'étend à la glande lacrymale, à la caroncule et au bulbe lui-même.

C. — *Pronostic.* — Tout bouton de mauvaise nature ayant son siége sur les paupières doit être considéré comme une affection d'une certaine gravité, parce que rarement on est consulté au début, parce que la maladie a déjà envahi profondément les tissus, parce que, enfin, elle nécessite souvent une opération difficile et dangereuse.

D. — *Causes.* — L'âge avancé, la malpropreté, les attouchemens continuels et inopportuns sur des *verrues*,

une médication empirique et irritante de ces tumeurs, la mauvaise nourriture, les affections dartreuses et strumeuses des paupières et les habitations malsaines.

E. — *Traitement.* — Lorsque l'affection cancéreuse des paupières est encore peu développée, on peut lui opposer un traitement médical qui consiste dans l'administration interne des pilules de ciguë, des préparations de soufre, de l'arséniate de soude, de l'iode et des préparations d'or ; on peut seconder ce traitement par quelques légères évacuations sanguines si l'individu est en état de les supporter. Extérieurement on a recours aux cataplasmes de pulpe de carottes et de racines de belladone, à l'onguent de Vigo, aux frictions mercurielles, aux lotions répétées avec de l'eau aiguisée avec l'acide phosphorique, enfin aux trochisques arsénicaux. Si ces moyens sont infructueux, et que la maladie gagne en étendue, il faut nécessairement penser à son extirpation. Celle-ci sera faite selon l'étendue et la gravité du mal, selon le siége de la maladie et sa direction. S'il est possible de conserver une partie de la paupière, il faut toujours le faire ; dans le cas contraire, on cherchera à pratiquer la *blépharophastie.*

BLÉPHAROPLASTIE.

La blépharoplastie a pour but de remédier à diverses altérations de forme et de tissu de l'appareil palpébral ; tantôt elle sert à restorer la perte plus ou moins complète de ces voiles mobiles, tantôt à remédier à la rétraction des paupières produite par des cicatrices difformes ou adhérentes, tantôt enfin il faut réparer par cette restauration des pertes de substance que le chirurgien vient d'opérer en enlevant une tumeur, un cancer ou un fongus.

Quoiqu'il en soit, il ne faut point se faire illusion sur le mérite de cette opération et croire que l'on puisse obtenir une restauration complète exempte de difformité. On doit donc considérer la blépharoplastie plutôt comme un palliatif ou correctif que comme la source d'une guérison radicale.

Toutes les opérations de blépharoplastie se rattachent à la méthode de transplantation dite *anaplastie indienne*, soit que l'on procède par dissection et distorsion du lambeau, soit que l'on agisse au moyen du déplacement ou inclinaison du lambeau, soit que l'on recourre seulement à la dissection et à l'allongement du lambeau. La blépharoplastie se pratique en employant la peau de la tempe du front du nez ou celle qui couvre la pommette, et cela en raison du siége qui occupe la maladie.

Procédé opératoire. — Le plus sûr et le plus généralement mis en usage est celui de Frick ; voici comment on l'exécute. On commence par exciser aussi régulièrement que possible la tumeur ou la cicatrice vicieuse qui occupe la place sur laquelle on veut pratiquer la restauration ; toutes les fois qu'il sera possible on conservera le tarse dans son entier. Ces préparatifs étant exécutés, on choisit dans le voisinage le plus convenable un fragment de peau auquel on donne une forme analogue à celui de l'espace palpébral à remplacer. On dissèque ce lambeau en lui laissant un pédicule le plus grand possible pour qu'il continue à recevoir des fluides nourriciers, on l'approche de la perte de substance faite à la paupière, et on cherche à lui faire *faire corps* avec celle-ci au moyen de points de suture. Lorsque l'emprunt est fait au tégument de la tempe, l'on est presque toujours obligé de contourner le lambeau, tandis que, si l'on se sert de la peau de la joue ou du nez, l'on peut arriver au même

but par la simple inclinaison. L'opération une fois terminée, la plaie doit être dirigée comme toutes celles chez lesquelles l'on desire obtenir la réunion par première intention.

---

§ II. — SQUIRRHE DE LA GLANDE LACRYMALE.

Lorsque la glande lacrymale a été enflammée, et que cette inflammation ne s'est qu'imparfaitement dissipée, il arrive par fois que cette glande s'endurcit dans quelques points de son diamètre ; peu à peu l'induration marche et finit par envahir l'organe sécréteur des larmes ; de l'endurcissement simple au squirrhe il n'y a qu'un pas ; et ce squirrhe ne tarde pas à subir la dégénérescence cancéreuse. On reconnaît l'endurcissement de la glande lacrymale à la formation d'une tumeur qui déborde l'orbite et offre au doigt qui la parcourt de légères bosselures ou inégalités. Cet état peut rester longtemps stationnaire sans apporter dans les parties et dans leurs fonctions aucune altération notable. Ce n'est que lorsque la glande s'hypertrophie et dégénèreque l'œil est refoulé en bas et en dedans, que les larmes se tarissent et que la paupière éprouve des difficultés à se mouvoir.

Cette maladie n'est point douloureuse ; ce n'est qu'au moment où elle passe à l'état de cancer ulcéré qu'elle occasionne des élancemens, de la gène, et quelquefois une douleur sourde au moment où l'œil se meut; c'est cette espèce d'innocuité momentanée qui la fait négliger jusqu'à ce qu'elle ait acquis son plus haut développement.

Les causes qui produisent le squirrhe de la glande lacrymale sont les mêmes que celles qui occasionnent son inflammation à la seule différence que l'affection scrofu-

leuse joue un grand rôle dans le développement de l'état chronique du squirrhe et du cancer.

Traitement. — S'il existe encore dans la tumeur quelques traces d'inflammation, il faut les combattre par l'application de quelques sangsues et des ventouses scarifiées à la tempe. On frictionne la tumeur avec l'onguent napolitain, les préparations d'iode ou les sels d'or. Il est difficile cependant de faire disparaître complètement le mal ; il reste un foyer inflammatoire qui peu à peu reproduit le mal et le ramène au même point.

Il ne reste plus alors qu'à pratiquer une opération qui consiste à enlever en entier le corps de la glande ; pendant longtemps on a reculé devant cette opération, par la croyance que l'on avait que cette glande était indispensable à l'entretien de l'œil. Maintenant on l'extirpe sans redouter ces accidens, sans détruire l'œil comme on le faisait autrefois, car celui-ci, privé de sa glande, n'en continue pas moins à fonctionner convenablement.

Procédé opératoire. — Cette opération se pratique en faisant une incision sur la tumeur dans la direction du rebord de l'orbite. L'aide écarte la plaie des tégumens, et l'opérateur saisissant la glande avec une erigne l'enlève en la disséquant tout autour. Comme cette glande reçoit une artère assez volumineuse, on doit la tordre pour supprimer le cours du sang ; lorsque la tumeur est volumineuse, il faut suivre le précepte de M. le professeur Velpeau qui consiste à inciser la commissure externe des paupières et à relever la paupière supérieure que l'on dissèque et sépare du globe pour arriver jusqu'au corps glanduleux, que l'on isole et extrait.

§ III. ENCANTHIS SQUIRRHEUX ET FONGUEUX.

La caroncule enflammée, et ne passant pas en suppuration, ou suppurant incomplètement, devient le siége d'un endurcissement simple ou hérissé de fungosités, qui non seulement passent à l'état de squirrhe, mais encore quelquefois à celui de cancer.

La maladie se présente sous la forme d'une tumeur rouge bosselée, à compartimens, comme une framboise qui gêne les mouvemens des paupières. Lorsque cette tumeur s'ulcère, elle se détruit peu à peu, fournit une matière fétide et attaque quelquefois les tégumens du grand angle. Cette maladie est très rare en Angleterre, en Allemagne et dans le nord de la France ; en Italie, au contraire, en Espagne, en Orient et aux Indes, l'encanthis squirrho-cancéreux est très fréquent.

Les causes sont en général les mêmes que celles qui produisent l'inflammation simple ; leur persistance seule entraîne la dégénérescence squirrho-cancéreuse. Il arrive quelquefois que tout le mal est produit par un corps étranger introduit dans la caroncule, ou par le développement anormal de quelques poils qui l'irritent.

Traitement. — Rarement la caroncule squirrheuse revient sur elle-même ; il est toujours prudent de procéder de bonne heure à son extirpation, d'autant plus que cette opération est peu douloureuse et facile ; en effet, il suffit de saisir la tumeur avec une petite pince à érigne, de la cerner avec un petit bistouri convexe, et d'enlever le reste avec des ciseaux mousses et courbes sur le plat. Nous ne pensons pas avec la plupart des auteurs que l'extirpation de cette glande entraîne un larmoiement continuel, car dans des cas où la suppuration l'avait détruite complètement, le larmoiement n'eut pas lieu.

§ IV. CANCER DE L'OEIL.

A.—*Siége et symptômes.*—Le cancer simple a le plus ordinairement son siége dans les parties antérieures de l'œil, tels que la conjonctive et la cornée. On l'appelle aussi *exophthalmie fongueuse*, ou *sarcosis* du bulbe; les parties subissent d'abord une grande altératian : elles se soulèvent et dégénèrent en plusieurs masses molles et rouges qui envahissent toutes les parties antérieures de l'œil et finissent par faire hernie à travers les paupières qui sont déjetées en haut et en bas; le plus léger frottement sur la tumeur y occasionne des hémorrhagies assez abondantes et quelquefois dangereuses. Pendant que la tumeur peut être recouverte, par les paupières, elle reste rouge, mais dès l'instant où elle est en contact continuel avec l'air, on voit se développer à sa surface une couche grisâtre, devenant promptement fétide et laissant couler une sanie de mauvaise nature; la maladie marche aussi vers les centres de l'œil; la sclérotique se couvre de petites tumeurs, de vaisseaux variqueux; tout l'œil est envahi par l'affection cancéreuse.

Le cancer est toujours accompagné de douleurs très vives, non seulement dans l'organe dégénéré, mais encore dans l'orbite, dans la face et dans le front; elles sont parfois si atroces, qu'elles arrachent des cris aux malades. Ces douleurs sont souvent accompagnées de fièvre et de symptômes de réaction du côté du cerveau.

B. — *Durée et terminaison.* — Lorsque l'on abandonne la maladie aux efforts de la nature, elle se termine presque toujours par une fonte purulente, ulcéreuse, fagédénique, détruisant les parties environnantes, attaquant les centres nerveux, faisant succomber le malade

au milieu de douleurs affreuses, accompagnées de marasme et de fièvre.

C.— *Pronostic.*— Le cancer de l'œil est toujours une affection grave, car, abandonné à lui-même, il entraîne toujours la mort, et lorsqu'on le traite, il est insensible à tout traitement médical, bien plus il augmente son action, et il ne reste alors qu'une opération grave, dont les résultats sont rarement heureux.

D. — *Causes.* — En fait de cancer, il faut toujours reconnaître les causes prédisposantes parmi lesquelles on doit placer en première ligne l'hérédité, l'affection scrofuleuse, l'ophthalmie spécifique, surtout l'affection syphilitique, la laxité des tissus, et surtout une tendance à la végétation très commune chez quelques personnes. Les plaies mal soignées, les suppurations imparfaites et les maladies de la cornée produisent souvent le cancer.

La médecine, revenue à des idées plus conformes à l'expérience, admet aujourd'hui des diathèses cancéreuses, que les sectateurs de Broussais avaient rejeté tout-à-fait. C'est en vertu de ces diathèses que le cancer n'est point toujours unique et qu'on le rencontre dans plusieurs organes à la fois.

E. — *Traitement.* — Rarement un traitement médical fournit quelques résultats ; c'est presque toujours dans la chirurgie que l'on doit espérer quelque succès. Toute végétation de mauvaise nature et peu développée se détruit facilement par l'application énergique de la pierre infernale, du beurre d'antimoine, du chlorure de zinc ; aussitôt que la suppuration a détaché les eschares, si toute la tumeur n'est pas tombée, il faut appliquer de nouveau le caustique. Mais s'il y a une troisième récidive, il serait inutile et même dangereux de recourir encore aux mêmes moyens ; il vaut mieux enlever alors le

segment inférieur de l'œil, et non point comme le prétendent quelques ophthalmologistes allemands (Fabini, Beck), les végétations les unes après les autres, car elles sont tellement molles, qu'elles échappent aux pinces, se déchirent et occasionnent des douleurs et des hémorrhagies abondantes. Tandis que, lorsqu'on accroche avec une érigne le segment antérieur de l'œil, de deux coups de bistouri, on enlève la partie antérieure du bulbe qui se vide et s'affaisse immédiatement : la suppuration convenablement dirigée fournit un moignon susceptible de supporter plus tard une pièce artificielle. (Voy. *OEil d'émail.*)

Tout le globe de l'œil étant envahi, il faut songer à l'extirpation. (V. *Extirpation du globe de l'œil.*)

1° CANCER MÉDULLAIRE.

Cette maladie, qui prend aussi le nom de fongus médullaire, est une affection qui consiste dans la dégénérescence du système nerveux de l'œil ; tantôt elle commence dans la rétine et se propage au nerf optique, tantôt au contraire elle suit une marche toute opposée. Quand la maladie commence dans la rétine, pendant longtemps elle est loin de ressembler à un cancer; c'est presque toujours une tache blanchâtre, jaunâtre que l'on voit au fond de l'œil et dont on n'apprécie pas trop la forme et la nature ; peu à peu cette tache se développe, s'avance vers le cristallin, le refoule en devant, le *luxe* de côté, et passe entre lui et l'iris ; l'on voit alors distinctement une espèce de champignon jaune-serin ou rouge tendre. L'œil s'enflamme dans ses membranes externes ; la cornée éclate, il se forme alors un champignon qui croît

rapidement et prend une couleur et une consistance que l'on a voulu comparer à du foie de raie.

B.—*Durée et terminaison.*— A peine exposée à l'air, la tumeur acquiert une certaine consistance ; elle granule, végète, et ne tarde pas à prendre un volume considérable ; de toute sa surface suinte un liquide sanguinolent et fétide. La maladie finit par attaquer les os, elle détruit l'orbite, envahit les sinus frontaux et maxcillaires et attaque le cerveau ; arrivée à ce point, elle est toujours accompagnée de fièvre lente et de marasme qui se termine par la mort.

C. — *Pronostic.* — Le fongus médullaire est une des affections les plus graves de l'œil, car il n'existe pas dans la science un seul fait de fongus médullaire reconnu, guéri sans opération, et celle-ci même est rarement heureuse, car elle est presque toujours suivie de récidive ou de mort immédiate.

D. — *Causes.* — Le fongus médullaire est très rare chez les adultes, et, par contre, très commun chez les enfans. La plupart des personnes qui ont écrit sur cette maladie s'accordent à considérer les scrofules comme cause principale du développement du fongus médullaire, et les dissections de Panizza confirment ces assertions. Cette maladie est souvent provoquée par les travaux de la dentition, et se montre aussi à la suite des inflammations cérébrales.

E. — *Traitement.* — Après tout ce que nous venons de dire, on voit qu'il ne reste que l'extirpation du globe de l'œil, et encore pour que celle-ci soit applicable, il est de la dernière importance de constater que la maladie a son siége original dans l'œil.

2° FONGUS HÉMATODE.

CANCER SANGUIN. A. — *Siége et symptômes.* — Le fongus hématode, comme son nom l'indique, est une maladie produite par l'accroissement anormal du système sanguin dans une partie, et qui ne tarde pas à envahir d'autres tissus. Ce sont les chirurgiens anglais qui ont donné les premiers travaux sur cette maladie, qui, du reste, n'avait point échappé à l'esprit observateur de Marc-Aurèle Séverin. Cette affection commence presque toujours par une petite tumeur d'apparence sanguine qui augmente peu à peu, végète et se transforme en un tissu que Heys de Manchester a comparé à une éponge enflammée, remplie de sang et à laquelle Dupuytren a donné plus tard le nom de *tissu érectile.* Lorsque la maladie a acquis un grand développement, les tissus sont tellement transformés que la peau est devenue complétement rouge et recouverte de tissus variqueux. Presque tous les *nævus materni* appartiennent à cette espèce de tumeur; ce n'est qu'après avoir acquis un certain degré de développement qu'elle s'ulcère et prend une physionomie cancéreuse.

Il arrive parfois que ces tumeurs donnent des pulsations et légitiment la dénomination d'*anévrisme par anastomose* que leur a donné Scarpa.

Ces tumeurs ont leur siége dans les paupières, dans le globe de l'œil et dans l'orbite; quand elles acquièrent du développement, elles chassent l'œil en dehors, et déforment l'orbite. Ces symptômes sont presque toujours accompagnés de douleurs atroces, de réaction vers les centres nerveux ou d'hémorrhagies graves.

B. — *Durée et terminaison.* — Abandonné aux res-

sources de la nature, le fongus hématode fait presque toujours succomber l'individu qui en est atteint.

C. — *Pronostic.* — Le pronostic de cette maladie ne le cède en rien pour sa gravité à celui du fongus médullaire; dans le plus grand nombre des cas, la gravité de la maladie dépend non seulement de son siége, mais encore du traitement qu'on est obligé de lui opposer.

D. — *Causes.* — Les causes du fongus émathode sont pour la plupart entourées d'une grande obscurité. Quand le fongus n'est pas congénial, les pathologistes anglais pensent que l'inflammation joue un grand rôle dans sa formation. Les causes traumatiques peuvent aussi contribuer à son développement en occasionnant des excroissances sanguines anormales qui acquièrent une organisation spéciale.

E. — *Traitement.* — Le fongus hématode ayant son siége dans une partie de l'œil appréciable à la vue et au toucher, on peut lui opposer dès le début un traitement convenable ; celui-ci consiste : 1° dans l'application des topiques réfrigérans et astringens ; 2° dans la compression graduée. On peut aussi appliquer sur la tumeur des petites trainées de potasse caustique pour y produire une inflammation ulcéreuse, suivie de l'oblitération des vaisseaux ; c'est pour arriver au même but que MM. Lallemand, Gensoul et Velpeau lardent la petite tumeur avec les aiguilles et que les chirurgiens anglais injectent dans la tumeur des acides plus ou moins étendus. Mais lorsque la maladie est au fond de l'orbite, il n'est point facile de l'atteindre, l'extirpation même n'enlève qu'une partie de la tumeur qui se reproduit, et végète avec une nouvelle force ; c'est pour cette raison que l'on a en Angleterre proposé et employé avec succès la ligature de l'artère carotide. Quelque grave que soit ce moyen, il ne

faut pas reculer devant son application, car lui seul peut arracher le malade d'une mort certaine.

3° MELANOSE.

La mélanose n'est une affection cancéreuse que lorsqu'elle s'ulcère et dégénère ; jusque là, elle ne doit être considérée que comme la déposition d'un principe noir du sang dans l'émail des tissus. Cette maladie existe souvent à l'état congénial et pendant toute la vie, elle n'augmente ni ne dégénère ; mais qu'une cause quelconque agisse sur elle, la mélanose s'enflamme, se boursoufle, s'ulcère et fournit une tumeur à physionomie cancéreuse, qui suit à peu près une marche analogue à celle du fongus hématode ; seulement, elle n'attaque point les os, et elle ne donne lieu qu'à des hémorrhagies consécutives. La mélanose a son siége dans les paupières et dans le bulbe seulement ; c'est en partant de ces deux points qu'elle envahit les tissus voisins, et cela graduellement.

B. *Durée et terminaison.* — La mélanose, lorsqu'elle n'est pas congéniale, commence presque toujours par une petite tumeur noire-bleue, indolente, qui ne disparaît point sous la pression qui reste plusieurs années stationnaire ; mais si une inflammation ou un coup y développe un travail inflammatoire, la maladie augmente tout à coup et suit dans son développement le trajet des vaisseaux veineux. Arrivée à son plus haut degré de développement, elle se fend, les bords se renversent, et il se forme des exudations de matière noire analogue à l'encre d'imprimeur. L'ulcération gagne, et l'on a alors un véritable cancer mélané qui se termine comme les autres cancers.

C. — *Pronostic.* — Il faut être très réservé dans le

pronostic de cette maladie, car l'on a vu des mélanoses rester stationnaires toute la vie, tandis que d'autres ont acquis en quelques semaines un développement prodigieux. C'est sur ce point de vue que la maladie offre une certaine gravité dans toutes ses fases, d'autant plus que quelques anatomo-pathologistes modernes pensent que la mélanose n'existe jamais isolément et que plusieurs organes en sont affectés à la fois.

D. — *Causes.* — On ne sait rien de certain sur les causes de la mélanose ; il paraîtrait cependant que le système veineux joue un grand rôle dans sa production.

E. — *Traitement.* — Le traitement est le même que pour le fongus hématode, à la seule différence que l'application des aiguilles est inutile, et la ligature de la carotïde n'aurait aucune influence sur la mélanose.

EXTIRPATION DE L'OEIL.

L'extirpation de l'œil étant toujours une opération très grave, elle ne doit point être entreprise légèrement, et doit être entourée de toutes les précautions capables d'en assurer la réussite.

Procédé opératoire.—Plusieurs méthodes ont été proposées pour cette opération : la cuillière de Bartish, le couteau creux de Rust, les deux incisions sémillyptiques, sont aujourd'hui abandonnés.

De tous les procédés mis en usage pour extirper le globe de l'œil, le plus simple, le plus prompt, le plus sûr est sans doute celui de M. Lisfranc. Ou la maladie est bornée au globe oculaire seul, ou bien les paupières sont malades, et alors il faut les enlever en même temps que le bulbe. On place le malade sur une chaise, la tête fixée contre la poitrine d'un aide, l'opérateur accroche le bulbe

avec une érigne simple qu'il tient de la main gauche. Ce premier temps de l'opération exécuté, il saisit un bistouri droit tenu comme une plume à écrire et enfoncé au grand angle de l'œil dans la direction de l'orbite, il le fait marcher en sciant de dedans en dehors, et contourne ainsi tout le bulbe qui ne reste plus adhérent à l'orbite; l'œil ne tient plus alors que par l'attache des quatre muscles droits et du nerf optique. On porte alors des ciseaux courbes sur le plat le long du rebord interne de l'orbite, et l'on coupe le pédicule.

Lorsque la tumeur est volumineuse, on est obligé d'inciser la commissure externe des paupières; s'il est nécessaire d'enlever les paupières, on doit les fixer avec l'érigne en même temps que le globe; on les cerne alors par deux incisions qui suivent la partie supérieure et inférieure de l'orbite, puis on termine l'opération comme s'il s'agissait de l'extirpation du bulbe seulement. L'hémorrhagie consécutive à l'extirpation du globe de l'œil est souvent considérable; il faut, losqu'on le peut, pratiquer la torsion de l'artère ophthalmique, et s'il est des cas où il n'est pas possible d'employer ce moyen hémostatique, il ne reste alors que le tamponnement ou l'application du feu; ces deux procédés entraînent souvent des accidens graves. Nous pensions que l'application de petits bourdonnets imbibés d'eau Brocchieri suffirait presque dans tous les cas pour arrêter l'écoulement du sang.

CHAPITRE V.

MALADIES DE L'ŒIL PAR COHÉSION ET SITUATION ANORMALE.

§ I. — TRICHIASIS ET DISTICHIASIS.

Les cils, qui, dans leur état et leur ordre normal sont destinés à protéger l'œil contre une foule de corps étrangers qui pourraient l'irriter, deviennent pour ce même organe une foule de maladies souvent suivies de la perte complète, non seulement de la vision, mais encore du bulbe de l'œil.

On a donné le nom de *trichiasis* au dérangement de l'ordre symétrique des cils, connu vulgairement sous le nom de *phalangosis*. La déviation des cils peut être unique, multiple ou générale, elle offre une variété connue sous le nom de *distichiasis*, qui signifie double rangée de poils.

Un seul cil dévié et venant heurter l'œil ne tarde pas à déterminer des accidens, tels que, larmoiement, irritation, rougeur, douleur et ulcération. Ces phénomènes sont d'autant plus graves et plus prompts qu'un plus grand nombre de cils sont en contact avec le bulbe; on conçoit donc de quelle importance il est de porter promptement remède à cette maladie. On ne cite aucun cas où elle ait été congéniale, presque toujours elle est consé-

sécutive à des affections inflammatoires de l'œil, à des abcès, des blessures, ou des brulures de la conjonctive, et des paupières.

Procédé opératoire. — Il existe plusieurs manières de guérir le trichiasis. La méthode la plus anciennement connue est celle de l'arrachement des cils, ou traitement palliatif; mais aussitôt que l'œil commence à reparaître, la maladie se renouvelle avec plus d'intensité, car, le cil se trouvant plus court à son début, agit avec plus d'énergie sur les parties avec lesquelles sa pointe se trouve en contact. Si on a la précaution de l'arracher aussitôt qu'il reparait, on peut quelquefois faire atrophier le bulbe et empêcher la reproduction du cil.

On a beaucoup vanté, avec raison, la cautérisation du bulbe comme moyen de le détruire. Mais rien n'est plus difficile que de suivre le précepte de Celse qui conseille d'enfoncer une aiguille rougie à blanc dans le bulbe. Le corps incandescent a presque toujours perdu la chaleur convenable lorsqu'il est arrivé dans le bulbe. Pour obvier à cet inconvénient, Champesm s'est seulement donné la peine d'emprunter à Ambroise Paré un cautère appelé *tête de moineau* : c'est une petite boule d'acier dans laquelle est fixée une aiguille de six lignes. Le tout étant rougi à blanc, l'aiguille reste longtemps assez ardente pour produire l'effet désiré. Ce petit cautère offre cependant assez de difficultés dans son application. Le procédé que lui substitue M. Carron du Villards n'a point ces inconvéniens, et jouit en outre de l'immense avantage de guérir le malade en une seule fois lors même qu'il existe plusieurs cils déviés. Voici son procédé : il commence par enfoncer une épingle dite d'entomologiste à la profondeur d'une ligne et demie dans chaque bulbe; il réunit ensuite toutes ces épingles

au moyen d'un petit fil d'argent recuit, et mieux encore dans une carte fendue. Il approche aux épingles enfoncées dans les bulbes, ou la flamme d'une petite bougie, ou un fer à papillottes, et y détermine une chaleur suffisante qui cuit le bulbe et l'atrophie à tout jamais; très souvent même, il reste au bout de la pointe de l'épingle. Rien ne nous paraît plus simple que ce procédé qui est fort peu douloureux, quoiqu'en dise M. Vidal de Cassis et quelques autres chirurgiens. Cela paraît étrange quand on voit recommander le procédé de Vacca Berlinghieri, qui consiste à disséquer et extraire les bulbes déviés, opération douloureuse et souvent suivie de récidive.

L'excision complète de tout le bord de la paupière a été préconisée par Jeager, Flarer et tout récemment par M. Bourjot Saint-Hilaire. Ce procédé entraîne presque toujours après lui une difformité désagréable à voir et une lagophthalmie accidentelle.

---

§ II. — OCCLUSION DE LA PUPILLE.

L'occlusion de la pupille peut être *congéniale* ou *accidentelle*. L'occlusion congéniale est fort rare; elle a été cependant observée par Cheselden, Adams et Scarpa. L'occlusion accidentelle est toujours le résultat de l'adhérence des bords pupillaires entre eux, ou de la production de pseudo-membranes. Il faut encore distinguer deux autres espèces d'atrésie de la pupille, savoir celle qui se complique de déformation des chambres de l'œil, maladie à laquelle on a donné le nom de *synechie antérieure* ou *postérieure*, selon le siége du mal.

Traitement. — Au début d'une atrésie accidentelle

l'on peut quelquefois employer la belladone à haute dose, soit intérieurement, soit extérieurement. On obtient ainsi une dilatation forcée qui souvent fait rompre les pseudo-membranes qui unissaient les bords pupillaires. Dans la plupart des autres cas, et surtout dans l'occlusion congéniale, dans le *synicésis* ou obstruction pupillaire par des exudations lymphatiques ou sanguines, dans le *myosis* ou retrécissement de la pupille, suite de blessures ou d'ophthalmie interne, il est nécessaire de recourir à l'opération de la *pupille artificielle*.

PUPILLE ARTIFICIELLE.

Historique. — Toutes les fois qu'il devient nécessaire de pratiquer dans l'iris une ouverture destinée à détruire les effets de l'*atrésie* ou de la *synéchie*, on fait une opération nommée pupille artificielle : elle fut pratiquée la première fois par Cheselden en 1728 ; dès lors elle a été mise en usage plusieurs fois. Cette opération étant destinée à remédier à un grand nombre de causes qui produisent l'oblitération de la prunelle, elle ne pouvait pas être basée sur un procédé unique ; aussi ne tarda-t-on pas à s'apercevoir que le procédé de Cheselden n'était applicable qu'à un petit nombre de circonstances. On chercha alors à faire coordonner la méthode opératoire avec la nature des lésions, ce qui donna lieu à un certain nombre de procédés divers qui peuvent être classés dans l'ordre suivant :

1° *Incision* de l'iris sans déperdition de substance ; 2° *excision* d'une partie de l'iris; 3° *hernie* avec excision; 4° *décollement* dans un point quelconque de sa circonférence ; 5° *enclavement*; 6° *opération de la pupille artificielle sur la sclérotique* ; 7° *Méthode de l'auteur*.

L'opération de la pupille artificielle est une opération grave et chanceuse, parce que l'on agit toujours, ou du moins presque toujours sur un organe qui a été lésé, soit par une inflammation, soit par une cause traumatique, soit enfin par une opération de cataracte. Pour que cette opération soit pratiquable, il faut que l'œil conserve un peu de vision, c'est-à-dire l'appréciation du jour et de la nuit et l'interposition des corps opaques entre les corps lumineux et l'œil, car il serait aussi inutile de tenter une opération de pupille artificielle sur un homme privé de ses faibles qualités visuelles, que d'entreprendre une opération de cataracte sur un individu atteint en même temps d'une amaurose complète.

Il est nécessaire que l'œil ne soit pas trop affaissé, et qu'il reste un fragment de cornée transparente et d'iris sain ; enfin il faut qu'il ne reste plus dans l'œil aucun travail inflammatoire. Les précautions générales et préparatoires sont les mêmes que pour l'opération de la cataracte ; on place le malade sur une chaise ou sur un lit dans un jour convenable.

L'opérateur doit s'entourer d'aides intelligens, car il est un certain nombre de procédés dans lesquels l'aide est obligé d'accomplir quelques points de l'opération.

1re MÉTHODE. — INCISION.

Cette méthode est celle de Cheselden. Avec un petit bistouri étroit, convexe sur son tranchant, Cheselden incisait l'iris horizontalement, soit en pratiquant une incision cruciale, soit en faisant celle en V : Cheselden pénétra par la sclérotique, et quelques uns de ses imitateurs par la cornée. Nous citerons entre autres le professeur Joenken, qui appliqua ce procédé à la destruction

de la membrane pupillaire, lorsqu'elle persiste après la naissance ; il procédait alors comme s'il eût affaire à une cataracte congéniale. Au procédé de l'incision appartient celui du professeur Maunoir, de Genève, qui consiste à faire dans l'iris deux incisions en V, sans excision de lambeau, car celui-ci se roule sur lui-même et finit par disparaître. Après l'opération, on panse comme s'il s'agissait d'une extraction ou d'un abaissement de cataracte.

Les procédés par incision de Cheselden, d'Adams, de Saunders, sont aujourd'hui généralement abandonnés, parceque l'iris se rapproche et se *ressoude*. Le procédé de Maunoir seul a conservé une très grande valeur, parce que le lambeau se sépare des parties incisées en se roulant sur lui-même, et, s'il n'accomplit pas ce mouvement, on peut l'amener au dehors, ainsi que nous le verrons en parlant de l'excision.

IIe MÉTHODE. — EXCISION.

L'excision de l'iris dut son origine aux insuccès occasionnés par l'incision seule ; ce fut Wenzel père qui le premier pratiqua cette opération. Voici son procédé : après avoir incisé la cornée transparente, il faisait une ouverture analogue dans l'iris ; dans le plus grand nombre des cas, il pratiquait les deux incisions à la fois ; ceci fait, il procédait à l'extraction du cristallin, que celui-ci fût cataracté ou non ; un aide soulève alors le lambeau de la cornée avec la curette de Daviel, et l'opérateur, saisissant le lambeau de l'iris avec des petites pinces, en dissèque une quantité suffisante pour faire une ouverture qui doit plutôt être grande que petite, parce que toute ouverture sur l'iris tend toujours à se rétrécir.

Les procédés employés par Janin, Guérin, Demours, Marc-Antoine Petit, ne diffèrent que très peu de celui-ci.

A. — *Procédé de Maunoir.* — Comme nous l'avons dit en parlant de l'incision, M. Maunoir emploie un procédé qui nécessite quelquefois l'excision, c'est lorsque le lambeau ne se roule point sur lui-même, et courrait ainsi la chance de se ressouder aux points d'où il fut détaché. Voici comment procède M. Maunoir : il pratique, dans un point convenable de la cornée, une incision qui n'a pas plus de trois lignes ; il saisit alors les petits ciseaux qui portent son nom et les enfonce dans l'iris le plus près possible de la grande circonférence pour aller terminer une incision dans la direction de la petite circonférence. Cette incision étant faite, il en pratique une autre qui va rejoindre la précédente et forme ainsi un V ou pyramide dont la base se trouve près de l'incision faite à la cornée et la pointe vers le centre de l'iris ; si le lambeau ne se roule point sur lui-même comme un store de voiture, l'opérateur introduit au travers des lèvres de la plaie cornéenne des petites pinces à crochet avec lesquelles il saisit le lambeau de l'iris, et l'amène au-dehors pour l'inciser ; si le cristallin est malade, ce qui arrive presque toujours, on le charge avec les pinces fenêtrées, dites de Maunoir, et on l'amène au-dehors.

B. — *Procédé de Luzardi.* — Ce procédé est fort ingénieux ; au moyen d'une aiguille à coulisse introduite, soit par la cornée, soit par la sclérotique, l'opérateur va attaquer l'iris dans l'endroit le plus central et le mieux en rapport avec la cornée saine ; en faisant jouer le mécanisme, le crochet devient apparent, et l'on saisit l'iris ; on laisse refermer l'instrument, et par ce moyen l'on peut amener au dehors un petit fragment de cette substance que l'on coupe avec les ciseaux. Ce procédé peut être ap-

pliqué dans les cas où l'incision et l'excision seraient impraticables, vu l'exiguité du point de la cornée, doué encore d'un peu de transparence.

IIIe MÉTHODE. — HERNIE.

Cette méthode d'opérer la pupille artificielle appartient à Beer ; elle se pratique à peu près comme celle de Wenzel, avec la seule différence que Beer se bornait à faire une simple ponction à la cornée qu'il agrandissait en retirant l'instrument ; cette incision était de deux à trois lignes; il pressait ensuite légèrement sur l'œil pour faire engager l'iris entre les lèvres de la plaie, où il le saisissait alors avec un petit crochet ou des pinces pour en exciser un lambeau ; mais il arrivait souvent que, malgré cette pression, l'iris, maintenu par des liens anormaux, ne s'engageait point dans les lèvres de la plaie ; l'opérateur était alors forcé d'aller le saisir avec un petit crochet au moyen duquel il l'entraînait au dehors. Dans cette manœuvre, il est important que la petite érigne ne blesse point le cristallin, car, dans cette méthode, on n'a pas la facilité de l'extraire, et la plus légère blessure de la capsule suffit presque toujours pour produire une opacité.

IVe MÉTHODE. — DÉCOLLEMENT.

A. — *Procédé de Scarpa.* — Après avoir reconnu que des décollemens accidentels de l'iris à sa grande circonférence y laissaient quelquefois une pupille durable, Scarpa forma le projet de profiter de cette voie pour pratiquer une pupille artificielle. A peu près à la même époque Adam Schmidt employa en Allemagne un procédé analogue ; ces deux auteurs allaient détacher l'iris à sa

grande circonférence au moyen d'une aiguille très courbe, et formaient ainsi une pupille en forme de croissant dont la convexité se trouvait à la cornée dans la direction du grand cercle de l'iris et la concavité vers le centre.

Quelque ingénieux que fût ce procédé, la plupart de ses résultats ne furent que momentanés, car l'iris, détaché de sa grande circonférence, remontait peu à peu et contractait de nouvelles adhérences ; c'est pour obvier à cet inconvénient que Donegana crut devoir inciser le lambeau détaché.

B. — *Procédé de Langenbeck.* — C'est pour arriver au même but que Langenbeck proposa un instrument particulier pour amener au dehors la portion détachée que l'on abandonnait dans les lèvres de la plaie dans laquelle ne tardait pas à se contracter des adhérences ; mais il est arrivé plus d'une fois que l'iris enclavé dans la plaie rentra tout à coup et réduisit au néant une opération qui de prime abord paraissait devoir être couronnée de succès.

C. — *Procédé d'Assalini.* — Afin d'éviter l'inconvénient sus-indiqué, le professeur Assalini proposa de retrancher immédiatement la portion d'iris que l'on aurait amenée au dehors.

D. — *Procédé de Jeager.* — Plus tard Jeager fit subir de nouvelles modifications à ce procédé en remplaçant l'instrument de Langenbeck par le simple crochet de Beer qu'il introduisait par une petite incision faite à la cornée ; ce procédé aura un avantage, c'est que lorsque l'iris est très mou et ne résiste point au crochet, on peut introduire les petites pinces de Jaeger et charger l'iris pour l'amener au dehors.

On a inventé, pour remplacer le crochet, une foule

d'instrumens compliqués, mais qui n'ont point répondu aux espérances de leurs inventeurs.

5e MÉTHODE. — ENCLAVEMENT.

Procédé d'Adams et Himly. — Lorsque l'iris est sain dans toute sa circonférence et que la vue est abolie, seulement parce qu'il existe au centre de la cornée correspondant au trou pupillaire une taie considérable, Adams et Himly proposent de ne pas former une pupille artificielle, mais bien de déplacer la pupille naturelle; pour cela, on fait une incision à la cornée ; ensuite, on saisit l'iris et l'on engage une portion suffisante de cette membrane dans la plaie pour l'y enclaver; de cette manière, les auteurs que nous venons d'indiquer, prétendent amener la pupille en dehors du point opaque de la cornée. Il vaudrait mieux, comme le fait très bien observer M. Stoeber, exciser la portion de l'iris amenée au dehors ; car, ainsi que nous l'avons constaté par des expériences souvent répétées sur des lapins, la pupille ne se déplaçait point, mais s'allongeait, se rétrécissait, et finissait par disparaître au moment où la cicatrice de la cornée et la chute de l'iris enclavé avait lieu; cette oblitération se formant par les mêmes causes et par le même mécanisme qui produit la disparition de la pupille dans les procidences de l'iris, suite de perforations ulcéreuses ou traumatiques de la cornée. M. Carron du Villards a répété ces expériences sur les animaux, et ses résultats ont été conformes aux nôtres.

VIe OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE SUR LA SCLÉROTIQUE.

Les espérances que le docteur Stilling avait fait concevoir pour l'opération de la pupille artificielle sur la sclérotique ne se sont point réalisées; on peut, il est vrai, faire une déperdition de substance sur la sclérotique, la cicatrice qui remplit l'ouverture sclérotidienne devient moins opaque que le tissu primitif, mais les malades n'acquièrent aucune faculté visuelle; nous considérons donc cette opération comme complétement inutile, puisqu'elle n'offre aucun résultat.

VIIe MÉTHODE DE L'AUTEUR.

La cornée étant incisée comme dans l'opération de la caracte par la méthode égyptienne, on pénètre avec notre pince à double bascule, dont les extrémités des deux branches sont arrangées exprès comme une espèce d'emporte pièce; arrivé sur l'iris on enfonce la branche tranchante derrière cette membrane, et l'on presse sur l'autre branche pour emporter un lambeau de l'iris. Si l'ouverture artificielle ne paraît pas suffisamment grande, on en fera une seconde. Si le cristallin est cataracté, ce qui arrive le plus souvent, on l'opère comme pour la méthode égyptienne ou pour la kératotomi-kystotritie. Le pansement de l'œil opéré est le même que celui de l'opération de la cataracte par extraction.

OBSERVATIONS.

Toute opération de pupille artificielle, quel que soit le procédé mis en usage est toujours suivie d'une exudation sanguine plus ou moins abondante, et qui finit

par troubler tellement l'humeur aqueuse que l'on voit immédiatement disparaître la nouvelle pupille ; il faut, après l'opération, couvrir l'œil de compresses imbibées d'eau froide, afin de suspendre l'écoulement sanguin qui, devenant trop abondant, pourrait déposer dans les chambres de l'œil un caillot, dont l'absorption n'est pas toujours facile et qui peut produire une cataracte *sanguine*. L'opération de la pupille artificielle, surtout celle par décollement est suivie d'accidens de réaction assez intenses, en raison de la dilacération des nerfs et vaisseaux ciliaires ; il faut combattre ces accidens d'une manière très énergique, car leur persistance peut faire perdre tous les avantages de l'opération, soit en provoquant des exudations plastiques, soit en occasionnant la suppuration de l'œil.

---

§ III.—ANCHYLOBLÉPHARON

SYN.— *Adhérence des paupières entre elles.*

On appelle anchyloblépharon l'union anormale des paupières. Cette maladie est tantôt congéniale, tantôt accidentelle, ce qui est plus fréquent. Le rebord libre des paupières est rarement soudé dans toute son étendue, il existe presque toujours à l'angle interne ou externe un petit point non réuni. Il est des cas dans lesquels l'adhérence anormale existe aux deux angles tandis que le centre n'est point adhérent, ce qui permet au malade de voir parfaitement. L'anchyloblépharon est quelquefois compliqué de symblépharon, soit adhérence des paupières au globe. Dans les cas simples l'œil se meut parfaitement sous les paupières, le malade perçoit la lumière et distingue le jour de la nuit; dans les cas compliqués soit de symblépharon, soit de ma-

ladies de la cornée, l'œil est presque immobile, et il ne perçoit pas la lumière; ces perceptions sont importantes pour le traitement à suivre.

Les adhérences qui ne sont point congéniales sont presque toujours produites par des brûlures, des blessures, des ophthalmies purulentes et varioliques.

Professions.— Il est des professions dans lesquelles cet accident se rencontre souvent. Ce sont celles de fabricans de phosphore, d'allumettes chimiques de différens fulminates, de fondeurs et surtout de fabricans de gaz inflammables. Les houilleurs y sont fort exposés à la suite de l'explosion du gaz des mines; M. Carron du Villard et moi nous avons observé plusieurs faits de ce genre.

Traitement. — Lorsque la maladie est récente comme chez les enfans atteints d'ophthalmie purulente, ou dans les brûlures et blessures imparfaitement cicatrisées, on peut faire rompre les adhérences en tirant fortement sur les deux paupières et en ayant soin de passer un crayon de nitrate d'argent sur leurs bords. L'anchyloblépharon ancien ne peut être guéri que par l'instrument tranchant, et encore faut-il s'abstenir de pratiquer cette opération lorsque il y a de nombreuses adhérences au globe, dans les cas surtout où le malade n'a pas la perception de la lumière.

Procédé opératoire. — Celui-ci varie selon la nature de la lésion. S'il existe dans un des angles un hiatus, on y introduit une sonde cannelée sur laquelle l'on fait glisser un petit bistouri bien tranchant et mieux encore les ciseaux coudés de Bell, au moyen desquels l'on rétablit l'ouverture naturelle. Lorsque l'adhérence est complète, il faut faire un pli à son centre et y pratiquer une petite incision à travers laquelle l'on introduit la sonde cannelée jusqu'au grand angle. On incise sur elle, puis on

la retourne en sens opposé et l'on termine l'opération comme dans le premier temps. Lorsque l'écoulement sanguin est diminué, on cautérise les paupières afin de s'opposer à leur réunion par première intention.

---

§ IV. — SYMBLÉPHARON.

SYN. — *Hénosis.*

Le symblépharon est formé par l'adhérence de la face interne des paupières au globe oculaire. Cette affection peut être partielle ou générale; elle est toujours le résultat de brûlures, de blessures ou d'ophthalmies purulentes.

Traitement. — Le symblépharon n'est guérissable que lorsque l'adhérence a peu d'étendue, surtout lorsque son siége n'est pas dans la cornée. A-t-on à faire à une bride plus ou moins large? on la détruit et on interpose entre elle et le globe une petite coque métallique placée comme un œil artificiel en ayant soin d'appliquer continuellement de l'eau très froide. Ce procédé qui nous appartient nous paraît préférable à celui de M. d'Ammon qui veut que l'on enlève un limbe de la paupière et qu'on l'abandonne sur le globe en réunissant la solution de continuité avec la suture entortillée. Quand celle-ci est cicatrisée on dissèque le petit lambeau que l'on avait abandonné sur le globe, et l'on obtient ainsi une guérison exempte de récidive. Comme on le voit, dans le procédé de M. Ammon, il faut faire une opération en deux temps plus ou moins éloignés l'un de l'autre; il en résulte une mutilation notable de la paupière et une douleur très forte; inconvéniens que l'on peut éviter par notre procédé.

§ V. — ECTROPION.

Syn. — *Renversement des paupières en dehors.* — (Vulgairement *éraillement.*)

Le renversement des paupières en dehors peut être simple ou multiple ; il reconnaît pour cause les inflammations chroniques des yeux, l'hypertrophie simple, granuleuse ou sarcomateuse de la conjonctive ; d'autrefois des brûlures, la gangrène, des opérations chirurgicales, ou des corps vulnérans endommagent les tissus externes de la paupière et y produisent des pertes de substance ou des cicatrices difformes qui font dévier les paupières de leur ligne naturelle. Enfin il est une dernière espèce d'ectropion, celle qui est produite par l'atonie ou la paralysie de la moitié inférieure du muscle orbiculaire des paupières.

Traitement. — Le traitement de l'ectropion, récent et peu développé, est en général facile. Des applications astringentes, et mieux encore des cautérisations fréquemment répétées avec le nitrate d'argent combinées avec l'emploi des compresses graduées et des bandelettes aglutinatives posées en fer à cheval, suffisent pour le guérir ; mais lorsque l'ectropion est ancien, compliqué de végétations granuleuses ou sarcomateuses de la conjonctive, il faut commencer par tondre celle-ci avec des ciseaux coudés sur leur plat, puis, lorsque l'écoulement sanguin est diminué, employer le nitrate d'argent avec énergie. On combat l'ectropion atonique ou paralytique par des remèdes excitans généraux et locaux ; enfin, aux cas plus graves qui comprennent ceux produits par les tumeurs et les cicatrices, on oppose les moyens chirurgicaux proposés par Adams, qui consistent à enlever dans la paupière ren-

versée un lambeau qui comprend toute son épaisseur et ayant la forme d'un V, dont l'ouverture se trouve au bord de la paupière ; on réunit la plaie au moyen de la suture entortillée et d'un pansement convenable.

Procédé de M. Dieffenbach. — Le procédé du chirurgien de Berlin consiste à faire une incision sur la base de la paupière, parallèle au bord de l'orbite, à pénétrer ainsi jusqu'à la face interne de cet organe et attirer ensuite au dehors la conjonctive avec le bord convexe du cartilage tarse pour les fixer au moyen de la suture dans un repli de la peau.

L'ectropion, le trichiasis et la lagophthamie occasionnent quelquefois une maladie presque toujours incurable qu'on appelle *xéroma* (*conjunctiva arida*). Cette maladie, dit M. Stœber (*manuel d'ophthalmologie*), est caractérisée par la sécheresse et l'aspect mat de la conjonctive qui est ridée autour de la cornée ; la partie de la conjonctive qui recouvre cette dernière membrane est également terne, d'où résulte la teinte mate de la cornée et la difficulté de voir l'iris. La caroncule lacrymale est diminuée de volume et les points lacrymaux sont ordinairement fermés. Le xérosis paraît consister dans l'épaississement de l'épithélium de la conjonctive et dans l'occlusion des canaux escréteurs de la glande lacrymale.

---

§ VI. — ENTROPION.

Syn. — *Renversement des paupières en dedans.*

L'entropion est l'opposé de la maladie que nous venons de décrire. De même que l'ectropion, il peut être simple, multiple, partiel ou général ; on le rencontre plus souvent cependant sur la paupière inférieure.

Les causes de cette maladie sont le relâchement de la peau palpébrale, le clignotement et la contraction permanente des paupières, suite de spasme nerveux ou de photophobie, les tumeurs enkystées du bord des paupières, les cicatrices vicieuses, enfin les pertes de substance du tarse.

Lorsque l'entropion est simple, les cils se renversent en dedans et viennent heurter le globe de l'œil, mais on aperçoit encore une partie de leur corps ; dans les cas graves, le bord palpébral se roule sur lui-même, et les cils disparaissent complétement à la vue. Leur présence produit les mêmes accidens que ceux que nous avons énumérés en parlant du trichiasis.

Traitement. — Le traitement de l'entropion simple est facile lorsque la maladie est due à un relâchement de la peau. On fait disparaître cette laxité, soit par l'application de l'acide sulfurique, comme le faisaient Helling et Quadri son imitateur, soit avec le cautère actuel, comme Delpech et M. Jobert de Lamballe, soit enfin, en faisant une perte de substance à la peau sans aucun pansement consécutif, comme le fait M. Carron du Villards, soit en appliquant des points de suture passés après l'excision, ou avant celle-ci, comme le fait M. Velpeau ; soit enfin, en enlevant un pli parallèlement à l'axe du corps, et en y faisant une suture entortillée, procédé appartenant à Jenson de Lyon, et souvent adopté par M. Lisfranc. Je passerai sous silence les procédés de Guthrie et de Crampton, parce qu'ils sont complétement tombés en désuétude.

Dans ces derniers temps, on a cherché à fixer de nouveau l'attention sur l'excision complète du tarse, méthode due à un chirurgien allemand nommé Schreger ; outre que ce moyen est excessivement douloureux, il entraîne

une difformité très désagréable des paupières et une rougeur habituelle de la conjonctive privée de l'abri des cils, et, ce qui est plus grave encore, une lagophthalmie accidentelle, ce qui défigure encore plus le malade.

---

§ VII. — MADAROSE.

SYN. — *Alopécie des cils et des sourcils.* — *Milphosis.* — *Ptilosis.*

L'absence des poils des paupières et des sourcils est quelquefois congéniale, le plus souvent elle dépend d'inflammations chroniques qui ont désorganisé les bulbes, ou bien qui ont affaibli leur vitalité, et, par conséquent, leur force reproductrice. Les maladies de peau, la syphilis, les fièvres exanthématiques, l'abus des mercuriaux font quelquefois tomber les sourcils, et il n'est pas rare d'observer le même accident dû à la présence d'un insecte particulier (*Pediculus ferox pubis*).

Traitement. — Comme on le voit, la chute des sourcils étant presque toujours le résultat d'une autre affection, c'est sur celle-ci qu'il faut diriger le traitement. Les lotions sulfureuses et arsenicales au besoin, seront employées dans le traitement de l'affection de la peau ; on opposera à la syphilis un traitement approprié, et des onctions mercurielles unies à une excessive propreté détruiront l'insecte parasite qui occasionnait la destruction du système pileux des sourcils.

La perte et l'absence des poils des bords libres des paupières, reconnaissent presque toutes les mêmes causes que celles des sourcils. Il en est cependant quelques unes qui sont spéciales aux cils, ce sont les cicatrices du bord palpé-

bral, les ulcérations des bulbes, et l'extrophie de la conjonctive oculaire qui, recouvrant l'ouverture des bulbes, s'oppose à la sortie des poils.

Traitement. — Il n'y a rien à faire, si les cicatrices ont détruit ou obstrué les bulbes ciliaires. On combat les ulcérations par les applications de pommades légèrement escharotiques; l'on détruit peu à peu, par des cautérisations prudentes et réitérées l'extrophie de la conjonctive, et l'on parvient quelquefois, par ce moyen, à mettre à découvert l'orifice des bulbes au travers desquelles surgissent immédiatement les poils longtemps comprimés.

---

§ VIII. — EPICANTHUS.

Cette maladie dont la description première est due à M. d'Ammon, avait toujours été observée par ce chirurgien à l'état congénial; on la rencontre cependant très souvent à la suite d'ophthalmies scrofuleuses longtemps suivies de blepharospasme et de photophobie; quelquefois l'épicanthus est consécutif à l'ophthalmie variolique. Cette affection consiste dans deux rebords semilunaires de la peau au grand angle de l'œil, qui arrivent quelquefois à recouvrir l'angle de l'œil au point de ne pas permettre de voir la caroncule et la commissure interne lorsqu'on regarde l'œil de face. Cette difformité donne au visage un aspect tout particulier et lui imprime des caractères propres à la race Kalmouke et Mongolle.

Traitement. — On ne peut remédier à cette difformité que par une opération consistant à enlever à la racine du nez un lambeau de peau au moyen de deux incisions semillyptiques et à rapprocher les bords de la solution de con-

tinuité de manière à faire disparaître non seulement les traces de cette solution de continuité, mais encore les replis sémilunaires du grand angle de l'œil. Dans l'excision de la peau il vaut mieux en enlever trop, que trop peu, car au moyen de la suture entortillée on obtient toujours une réunion complète.

---

§ IX. — LAGOPHTHALMIE.

Syn. — *Œil de lièvre.*

On appelle lagophthalmie un raccourcissement des paupières qui fait qu'elles ne peuvent plus recouvrir complètement l'œil. Cette maladie est quelquefois congéniale mais plus souvent accidentelle ; elle arrive fréquemment après l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et à la suite des éruptions varioliques et des cicatrices vicieuses de ces parties. L'œil étant privé de ses abris naturels, s'enflamme et s'irrite avec d'autant plus d'intensité que l'écartement est plus grand. Quelques auteurs pensent que le spasme du muscle releveur de la paupière supérieure et la paralysie de la partie inférieure du muscle orbiculaire peuvent produire une difformité analogue, ce que du reste nous n'avons jamais observé.

Traitement. — Le traitement découle tout naturellement des causes connues ou présumées de la maladie. On combat la rigidité des parties par des applications émollientes et narcotiques, on exercera de légères frictions sur ces parties. Enfin s'il existe des symptômes de paralysie on les combat par le traitement propre à cette dernière affection.

CHAPITRE VI.

MALADIES DE L'ŒIL PRODUITES PAR L'ALTÉRATION DES FLUIDES ET DES SOLIDES.

§ I. — SYNCHISIS.

On nomme synchisis la liquéfaction de l'humeur vitrée sans changement de sa coloration et souvent sans diminution de liquide. L'œil dans ces cas s'affaisse légèrement, il devient mou et flasque, l'iris flotte et la cornée se ride, symptômes qui précèdent presque toujours l'atrophie lente du bulbe. On a fréquemment observé cette maladie à la suite des affections syphilitiques de l'œil. Fabini pense que l'abus des mercuriaux occasionne aussi cette affection.

Traitement. — Le synchisis est presque toujours incurable; tout au plus si l'on peut se borner à arrêter sa marche par des toniques et une nourriture fortifiante.

§ II.— HYPOPYON.

L'hypopyon est l'accumulation du pus dans la chambre antérieure de l'œil. Cet épanchement se fait brusquement ou lentement. Il a pour cause l'inflammation de l'iris et celle de la membrane de Dechemet; dans les premiers jours de la maladie, cet épanchement passe inaperçu, ce n'est que lorsque la collection purulente est un peu développée qu'on la reconnaît; elle est toujours située à la partie inférieure de la chambre antérieure de la cornée. Cette accu-

mulation a une forme presque semilunaire d'autant plus difficile à déterminer que la cornée est toujours plus ou moins trouble ; on pourrait dans quelques cas la confondre avec un abcès de la cornée. On évitera cette erreur de diagnostic en se rappelant que l'abcès de la cornée change la forme de celle-ci, qu'il n'est point mobile et qu'il s'élève presque toujours au-dessus de la cornée. Enfin, que l'hypopyon est toujours situé à la partie inférieure pendant que le malade est dans la position verticale et qu'il change de place lorsque le malade se couche de côté ou sur la face.

L'hypopion est toujours une maladie grave. Son danger doit être calculé en raison de l'abondance du pus et de la gravité des symptômes qui l'accompagnent.

L'hypopyon est produit par des inflammations simples ou spécifiques de l'œil, les contusions et les blessures de la cornée. On l'observe souvent à la suite d'opérations de cataracte par les différens procédés.

Traitement. — Le traitement de l'hypopyon réclame toujours une grande énergie, car il faut à tout prix arrêter les phénomènes inflammatoires et pyogéniques. Les saignées, les mercuriaux, les révulsifs sur la peau et sur le canal intestinal sont très indiqués. M. d'Ammon a beaucoup vanté la racine de polygala sénéga. Enfin, quand tous ces moyens échouent, il faut évacuer le pus au moyen d'une petite incision pratiquée à la partie inférieure de la cornée.

L'accumulation du sang par cause traumatique ou par hémorrhagie interne, constitue une espèce d'hypopyon sanguin nommé *hypohéma*. Cette maladie réclame le même traitement que l'hypopyon. Nous en dirons autant de l'*hypolympha*, ou accumulation de lymphe dans les chambres de l'œil, accident auquel on a quelquefois donné le nom d'*hypogala*, en raison de sa ressemblance avec le lait.

CHAPITRE VII.

ANOMALIES DE L'ORGANE DE LA VUE.

§ I.— MYOPIE.

La myopie est une imperfection de la vue qui ne permet pas de voir distinctement les objets lorsqu'ils sont placés à une certaine distance, tandis que la vision est très bonne lorsque les objets sont rapprochés de l'œil. Il y a deux espèces de myopie, celle que l'on apporte en naissant ou *congéniale* et celle qui est accidentelle ou *acquise*.

La myopie ne doit être considérée comme maladie qu'autant qu'elle est assez développée pour gèner l'individu qui en est atteint dans le libre exercice de ses fonctions. Un certain nombre de myopes ne sont point gênés par leur maladie et choisissent des professions qui s'adaptent très bien à la portée de leur vue. La myopie acquise est susceptible d'augmenter, surtout lorsque persistent les causes qui l'ont développée. Cette maladie est plus fréquente chez les habitans des villes, parce que, dès l'enfance, tout concourt à appliquer leur vue à la vision des objets rapprochés; l'horizon est borné, les appartemens peu éclairés, l'enfant apprend à lire dans un livre qu'on lui place sous le nez, on le fait écrire penché sur des tables, on lui donne des livres d'éducation dont

les caractères sont fins et usés et le papier détestable; dans les colléges, les salles d'étude sont mal éclairées, et souvent les jeunes gens y travaillent à *faux jour*.

Si le séjour forcé dans les mines, les cachots, la cale des navires, permet aux individus qui les habitent de distinguer les objets les plus fins dans l'obscurité, comment ne pas admettre que l'habitude de voir les objets toujours rapprochés n'accommode pas l'œil à ce genre particulier de vision? Ne sait-on pas que la myopie est presque inconnue dans les campagnes et chez les sauvages?

L'œil des myopes a une configuration particulière; il est en général saillant et abondamment pourvu d'humeur; la cornée est très convexe et la pupille dilatée. C'est cette espèce de dilatation qui a fait considérer par quelques personnes la myopie comme une espèce de faiblesse de la rétine. C'est pour amoindrir les effets de cette dilation que les myopes ferment les paupières à demi quand ils examinent les objets un peu éloignés.

Traitement. — La myopie congéniale ne se guérit jamais; celle qui est acquise peut disparaître par l'éloignement des causes qui l'ont produite, et surtout sous l'influence d'une *gymnastique oculaire* destinée à allonger le point visuel. Ces deux espèces de myopie se corrigent par l'usage des lunettes concaves (V. *ce mot*).

De la myopie considérée sous le rapport médico-légal. — La myopie, telle que l'entend l'article de la loi en vigueur dans quelques pays étrangers, a été modifiée en France par les lois de recrutement, parce que l'expérience n'a pas tardé à démontrer qu'il y avait dans la myopie une foule de variétés dans lesquelles l'individu qui en est atteint ne pouvait pas remplir complétement les conditions du programme, et malgré cela être impropre au service militaire; en effet, la plupart des

myopes qui se servent habituellement de verres n° 10 lisent difficilement à 2 pouces 1/2 de leur nez, tandis qu'ils lisent facilement à 7 pouces. Là s'arrête leur puissance visuelle, car à 8 pouces et à 9 pouces, leur vue est tout-à-fait imparfaite, au point qu'à 10 pouces il leur devient tout-à-fait impossible de lire des caractères *Saint-Augustin*. Dès qu'un individu ne peut plus lire au-delà de 3 pouces, les lois françaises le déclarent myope, et il est impropre au service militaire.

Professions. — La myopie est très fréquente chez les graveurs, les ciseleurs, les mineurs, les caliers, les prisonniers d'État et les gens adonnés aux travaux de cabinet.

Moyens prophylactiques. — Dans quelques unes de ces professions, il est impossible d'éviter toutes les causes de myopie. Dans d'autres on peut prévenir le mal en éloignant des individus la plupart des causes que nous avons indiquées plus haut et qui se trouvent presque toutes réunies chez les hommes livrés aux travaux de cabinet. Ceux qui sont forcés de se servir de lunettes ne doivent jamais le faire lorsqu'il s'agit d'écrire et de lire ; la portée de la vue d'un myope est toujours suffisante pour lire et écrire sans l'usage des vers creux.

---

§ — II. PRESBYTIE.

La presbytie est un vice de la vue complétement opposé à la myopie. L'individu qui en est atteint voit parfaitement tous les objets éloignés, tandis que ceux qui sont rapprochés lui paraissent entourés d'un nuage terne et nébuleux. La presbytie n'est point congéniale, elle est acquise et se développe avec l'âge.

On croit qu'elle est due en général à l'affaissement de l'œil, résultant de la diminution de convexité de la cornée et du cristallin. En effet, l'œil paraît plus plat, la chambre antérieure a presque disparu, le cristallin a diminué de pesanteur et d'épaisseur.

La presbytie, comme nous l'avons dit, est l'apanage de la vieillesse, mais on la rencontre quelquefois chez des individus jeunes encore qui ont fait abus de leurs yeux pour voir de loin, ou bien chez ceux qui, pour corriger la fatigue de la vue, résultat d'un travail immodéré, ont cru remédier à cet accident en se servant de bonne heure de verres convexes.

M. le docteur Hunter (*Edimbourg Journal*), rapporte l'observation d'une presbyopie subite et de peu de durée chez un jeune garçon très intelligent et très studieux, âgé de 9 ans 1/2, qui allait à l'école depuis trois ans ; la vue de cet enfant commença tout à coup, et sans cause appréciable, à baisser, et, au bout de quatre jours, il ne pouvait plus lire à l'œil nu un caractère ordinaire; la santé de l'enfant avait toujours été parfaite, et ses yeux ne présentaient pas le moindre changement appréciable. Avec les lunettes de son père, dont le foyer était à 9 pouces de distance, il voyait aussi bien qu'auparavant ; on lui prescrivit une dose de rhubarbe et de calomelas ; puis, comme il ne rendit pas de vers, on lui administra deux fois par semaine le sulfate de magnésie avec le séné ; on le soumit à une diète légère avec un exercice actif en plein air ; on cessa de l'envoyer à l'école, et on lui défendit de se servir de lunettes. Au bout de trois semaines, la vue avait commencé à s'améliorer, et en deux jours, elle fut complétement rétablie. L'enfant retourna à l'école et reprit toutes ses habitudes.

Traitement. — La presbyopie est incurable : on en

atténue les effets par l'usage de verres convexes qui sont en rapport avec la nature du mal (V. *Lunettes*).

---

§ III. — HÉMÉRALOPIE.

SYN. — *Vision diurne.* — *Cécité nocturne.*

L'héméralopie est une condition particulière de la vue dans laquelle l'individu qui en est atteint voit distinctement les objets pendant la journée; on dirait que sa puissance visuelle suit le lever du soleil pour se perdre à son coucher. En effet, dès l'instant que cet astre a accompli sa course, l'héméralope est enveloppé d'un brouillard qui, à la nuit tombante, se convertit en une véritable cécité ; quand le jour reparaît, la vue revient pour disparaître de nouveau le soir.

Cette affection est souvent héréditaire. Le docteur Cunier cite l'exemple d'une famille du Vendémian dans laquelle cette maladie se propage depuis 200 ans, non seulement dans cette commune, mais encore dans tous les autres endroits où se trouvent de ses descendans. Heureusement que ces cas sont rares et que l'héméralopie est le plus souvent due à des influences de localité qui finissent par disparaître. Cette maladie est très commune dans quelques régions de l'Inde à certaines époques de l'année. En France elle a régné plusieurs fois épidémiquement dans les garnisons de Strasbourg, Colmar, Befort et Montpellier. M. le docteur Fleury, chirurgien de la marine, cite l'observation d'une héméralopie épidémique (*Annales d'oculistique, février et mars* 1840), qui s'était déclarée sur la frégate amiral la *Didon*, dans la traversée de Saint-Domingue à la Martinique.

L'auteur de cette observation attribue la production de l'héméralopie à la prolongation de séjour à la mer sous un soleil équatorial dardant pendant douze heures consécutives ses rayons de feu sur des surfaces blanches, lisses et douées d'une grande puissance de réflection dont rien ne pouvait diminuer ou tempérer la force. L'héméralopie se propage beaucoup plus par les femmes que par les hommes.

Rien n'est plus obscur que les causes de cette maladie. On peut l'assimiler à une espèce d'amaurose intermittente périodique, car le traitement que l'on dirige contre elle est absolument le même que celui recommandé pour les amblyopies à leur début. (V. *Amaurose commençante*).

---

§ IV. — NYCTALOPIE.

SYN. — *Vision nocturne*. — *Cécité diurne*.

La nyctalopie est absolument l'opposé de l'héméralopie. L'homme qui en est atteint se trouve réduit à l'état des animaux nocturnes : pendant la nuit, sa vue est très bonne ; il voit sans fatigue les objets les plus fins dans les lieux les plus obscurs ; à peine le jour paraît-il que sa vue se fatigue, disparait graduellement et se convertit en une véritable cécité diurne.

Il ne faut point confondre cet état avec l'*héliophobie* ou horreur de la lumière, car dans la nyctalopie la cécité diurne se manifeste sans aucun inconvénient des rayons lumineux, l'opposé de ce qui se passe chez les héliophobes. On a pu se convaincre de cette assertion en examinant le jeune Willand de Ratisbonne, sur lequel son père avait exercé une séquestration barbare ; l'habi-

tude d'être enfermé dans un cabinet obscur lui avait singulièrement affaibli la vue, et il lui était à peu près impossible de lire. Son regard, comme celui des animaux terriers, était vague et constamment oblique ou porté de bas en haut. Le fils Willand avait une grande aversion pour la lumière sans être cependant affecté de nyctalopie.

Les causes de la nyctalopie sont les mêmes que celles de l'héméralopie, puisqu'on les voit régner épidémiquement toutes deux à la fois dans les mêmes localités. C'est surtout dans l'Inde que l'on observe ce fait.

La nyctalopie doit aussi être assimilée à une amaurose commençante, et traitée comme telle. Nous en dirons autant des professions et des moyens hygiéniques.

---

§ V.— HÉMIOPIE.

Syn. —*Visus dimidatus.*

L'hémiopie est une affection dans laquelle les malades ne voient les objets que par moitié. Les individus qui en sont atteints distinguent quelquefois la partie centrale des objets. (*Hémiopie centrale*). D'autres fois il ne peuvent reconnaître que la périphérie (*hémiopie périphérique*). L'hémiopie n'est presque jamais congéniale.

Les causes de l'hémiopie sont très nombreuses, mais elle est produite le plus souvent par les névroses de l'œil ou de ses annexes, et quelquefois par des affections spasmodiques, hystériques, ou par des causes traumatiques.

Traitement. — Il est facile de guérir l'hémiopie produite par des névroses parce qu'elle est quelquefois passagère et périodique ; mais l'hémiopie qui accompagne ou précède l'amaurose ou le glaucome est souvent incu-

rable ; on pourrait en dire autant de quelques autres anomalies de la vue que l'on doit considérer comme des signes précurseurs de l'amaurose; telles sont par exemple la *Chrupsie* ou vision des corps diversement colorés ; la *Galéropie* ou exaltation des facultés visuelles ; l'*Achromatopie* ou difficulté de distinguer les couleurs des corps.

---

§ VI. — DOUBLE VISION.

SYN. — *Diplopie* ; — *Visus duplicatus* ; — *Suffusio duplicans.*

1° DIPLOPIE UNIOCULAIRE.

A. — *Siége et symptômes.* — La diplopie, qui fait paraître double chaque objet que le malade regarde, n'est qu'un symptôme qui dénote un dérangement morbide de l'appareil optique de l'œil. Chaque objet fournit au malade deux images qui sont quelquefois tellement ressemblantes qu'il n'en peut pas reconnaître la réelle. Dans la plupart des cas cependant, l'une des deux images est moins bien dessinée, moins bien coloriée, comme si elle n'était que l'ombre de l'autre. La position réciproque de ces deux images n'est pas toujours la même ; quelquefois elles sont placées l'une à côté de l'autre ; le plus souvent cependant elles sont superposées l'une à l'autre dans une plus ou moins grande partie de leur étendue. Quand le malade regarde à travers une petite ouverture pratiquée dans une carte, l'une des deux images disparaît ; l'emploi des verres optiques rapproche ou écarte ces images de telle sorte que l'on en peut trouver qui corrigent entièrement la diplopie ; il semble que l'objet projette deux images distinctes au lieu d'une.

B. — *Durée et terminaison.* — La diplopie unioculaire est toujours une maladie chronique, et souvent, une fois contractée, elle persiste toute la vie. La diplopie précède fréquemment les cataractes et les amauroses.

C. — *Pronostic.* — La diplopie unioculaire est presque toujours peu grave par elle-même, comme chez les personnes myopes qui quelquefois voient doubles les objets les plus éloignés. Mais quand on l'a contractée tout à coup, elle est toujours dangereuse, car elle indique un dérangement morbide dans les milieux optiques de l'œil, ce qui arrive très souvent par suite d'une affection quelquefois extrêmement cachée de prime-abord, et qui ne manque pas d'entraîner l'altération de ces milieux (cataracte, ramollissement du corps vitré, etc.), ou affaissement et dépression de la sensibilité de la rétine.

D. — *Causes.* — 1° Configurations vicieuses de la cornée, par exemple la différence de convexité dans les deux moitiés, ou altération de cette membrane se présentant comme taillée à facettes à la suite de quelques maladies, en conservant sa transparence. Il faut remarquer cependant que cette configuration est bien loin de donner toujours naissance à la diplopie unioculaire. Il est incontestable qu'elle trouble la vue ; mais il se trouvera à peine quelques cas qui seront dans les conditions optiques capables de projeter deux images distinctes sur la rétine.

2° La double pupille peut aussi donner naissance à la diplopie, ce qui semble cependant n'avoir lieu que dans des circonstances particulières excessivement rares.

3° Mais il est certain que la diplopie dépend le plus fréquemment du dérangement morbide du crystallin et de ses annexes. Plusieurs auteurs l'ont attribuée à la diversité de la réfraction dans ces deux moitiés ; d'autres ont pensé que le simple déplacement de son centre de l'axe op-

tique de l'œil suffit pour occasionner la double réfraction ; on a enfin admis que le cristallin peut acquérir dans certaines circonstances inconnues la double réfraction comme le cristal de roche.

4° Quand il y a un larmoiement ou une sécrétion palpébrale abondante, ces fluides peuvent, près des bords des paupières, constituer des espèces de prismes capables de produire le phénomène de la diplopie.

E. *Traitement.*—Le traitement de cette maladie consiste à éloigner les causes et à faire rapprocher, au moyen de verres optiques, les deux images, de manière à ce qu'elles n'en fassent plus qu'une. La première indication n'est pas toujours facile à remplir, car les causes de cette affection nous échappent. Si la blépharite muqueuse y donne lieu en gênant l'absorption des larmes, il faut d'abord guérir celle-ci. Si la diplopie avait pour cause la cornée taillée à facettes, il faut examiner si à l'aide des cautérisations ou des astringens on trouverait le moyen de modifier l'altération de cette membrane.

Si la diplopie résulte d'une ophthalmie interne, les antiphlogistiques sont très bien indiqués. Si la maladie est opiniâtre, on peut la traiter en rapprochant les deux images à l'aide de lunettes biconcaves.

Nous avons déjà dit que la myopie était souvent accompagnée de la diplopie, mais ceci n'a lieu que pour les objets placés au-delà de la portée de la vision distincte des myopes.

F. *Professions.*—Cette maladie se développe très facilement chez les personnes qui deviennent myopes par suite de l'exercice de leurs professions, comme chez les horlogers, bijoutiers, les personnes qui s'appliquent aux travaux microscopiques, celles qui sont obligées de se servir des verres grossissans, comme les graveurs, astronomes, employés des télégraphes, etc. Il semble que ces personnes,

en modifiant leurs yeux pour les petites distances, déplacent de telle sorte les milieux réfringens de leurs yeux que chaque objet fournit deux différentes images sur la rétine.

2° DIPLOPIE BINOCULAIRE.

SYN. — *Diplopie binocle.*

A. — *Siége et symptômes.* — Si le malade regarde de ses deux yeux, il aperçoit deux images distinctes pour chaque objet qui se présente à sa vue. Les deux images se couvrent quelquefois réciproquement dans une grande partie de leur étendue où elles se touchent par leurs bords ; d'autres fois, elles sont tout-à-fait séparées et placées l'une à côté, au dessus ou au dessous de l'autre, etc. L'une d'elles, la fausse, est le plus souvent moins nette que l'autre. Cette maladie n'a quelquefois lieu que dans certaines positions des yeux : le malade, par exemple, voit simples les objets en face de lui et doubles ceux qui sont placés sur les côtés, et ces phénomènes disparaissent quand on ferme un œil, ou quand on met un œil en harmonie avec l'autre, soit en choisissant une position convenable de la tête, soit en exerçant une pression avec un doigt sur le côté d'un œil. Si on examine les yeux qui présentent cette anomalie, on découvre le dérangement dans la direction de l'un d'eux, ou un manque d'harmonie dans leurs mouvemens. Ce symptôme est cependant quelquefois à peine perceptible, et, dans quelques cas rares, il manque entièrement.

B. — *Durée et terminaison.* — La diplopie binoculaire persiste quelquefois plus ou moins longtemps sans aucune modification ; cependant les observations ne sont pas très rares où cette anomalie affectait une forme inter-

mittente. Dans les commencemens, elle occasionne quelquefois les vertiges, les céphalalgies, quelquefois même les vomissemens et les crises nerveuses ; mais le malade ne tarde pas à s'y habituer, son attention se fixe de plus en plus sur l'image la plus vive, l'autre devient de plus en plus faible et, par conséquent, moins incommode ; plus tard, elle disparaît entièrement, et le malade s'habitue à ne regarder que d'un seul œil.

C. — *Pronostic.* — Cette maladie n'est jamais fâcheuse en elle-même, mais elle est souvent l'indice d'un travail morbide plus ou moins dangereux.

D. — *Causes.* — La diplopie binoculaire dépend immédiatement du changement de position d'une des deux rétines, de sorte que l'image d'un objet placé devant les yeux ne tombe plus devant les deux rétines sur leurs points correspondans qui se sont accoutumés depuis la naissance à être impressionés conjointement et simultanément. Cette circonstance se rencontre toujours quand un œil est détourné de sa position normale, comme, par exemple, dans le strabisme aigu. M. le docteur Szokalski, qui a publié un très beau travail sur la diplopie, dit avoir rencontré cette maladie dans les inflammations de la choroïde d'un œil, dans lequel il n'a pas pu découvrir la moindre déviation. « Ceci, dit M. Szokalski, nous faisait présumer qu'il y avait un épanchement sous-rétinien qui déplaçait la rétine de sa position normale. Nous regrettons de n'avoir jamais pu vérifier notre opinion par une autopsie. »

E. *Traitement* — La guérison de la diplopie est quelquefois très difficile, car le strabisme dont elle est le symptôme résulte souvent des causes que le médecin s'efforce en vain d'éloigner. Heureusement, par une longue habitude,

l'image fausse devient de moins en moins distincte, et la maladie n'exige plus à la fin l'attention du médecin.

F. — *Professions.* — Toutes les professions qui exigent que l'on regarde avec tension des objets rapprochés des yeux exposent à la diplopie, surtout si elles sont exercées par des presbytes. Les tailleurs, les brodeuses, les coloristes, les gens de lettres, les fabricans d'instrumens de chirurgie, les bijoutiers y sont sujets ainsi qu'au strabisme qu'on contracte surtout par l'habitude vicieuse de regarder les objets à de trop petites distances des yeux.

G. — *Moyens prophylactiques.* — Si le malade est presbyte, et en même temps obligé de regarder de près, on préviendra la fatigue des yeux et la diplopie en recommandant l'emploi de lunettes convenables. Il faut aussi conseiller de ne jamais fatiguer les yeux par des travaux du soir et de reposer de temps en temps les yeux en interrompant le travail et en portant les yeux sur les objets éloignés. Quand une fois la diplopie binoculaire est développée, on évite assez facilement son effet fatiguant en fermant un œil ou en tournant la tête de manière que les deux images n'en forment plus qu'une. M. Szokalski dit avoir soigné un musicien affecté de cette maladie qui, au lieu de cinq lignes de la portée, en voyait dix. Il lui a fait découvrir qu'en portant la tête vers le côté droit, il pouvait corriger le fâcheux défaut qui lui empêchait l'exercice de son état. Depuis ce temps, il marchait la tête inclinée comme s'il avait un torticolis, jusqu'à ce qu'il fût débarrassé de sa diplopie.

---

§ VII. — STRABISME.

On appelle strabisme un état morbide dans lequel un œil ou les deux yeux à la fois sont déviés de leur axe vi-

suel, déviation qui n'est qu'un symptôme d'une inégalité de contraction des muscles moteurs de l'œil. Le strabisme peut être simple ou compliqué, il peut avoir la même direction sur les deux yeux ou exister en sens inverse. Le strabisme peut être *divergent* ou *convergent*, ce sont les deux espèces de strabisme qu'on rencontre le plus souvent. Le strabisme est *mixte* quand un œil est convergent et l'autre divergent. Quand l'œil se porte en haut ou en bas le strabisme est *vertical*. On dit qu'un enfant est affecté de *nystagmus* toutes les fois que les muscles droits externes ou internes impriment à l'œil des mouvemens latéraux continuels. Enfin, le strabisme est *incomplet* quand un individu *louche*, c'est-à-dire qu'il est dans l'impossibilité de mouvoir un œil dans un sens, tandis que ses mouvemens sont libres dans tous les autres sens.

Les causes du strabisme et de la luscité sont nombreuses; on peut placer en première ligne, les maladies vermineuses, toutes les causes mécaniques qui peuvent blesser les muscles de l'œil; le refroidissement, l'hémiplégie, la catalepsie, l'épilepsie, l'habitude d'allaiter toujours les enfans nouveaux-nés avec la même mamelle, etc.

Le strabisme est endémique dans quelques pays de l'Asie et parmi les populations juives de la côte d'Afrique.

Traitement. — Jusqu'à ces derniers temps, on traitait le strabisme par des appareils et des moyens gymnastiques, tels que lunettes, coques, etc., mais les travaux récens sur la ténotomie ont conduit à appliquer cette méthode au traitement du strabisme. Dans un grand nombre de cas la réussite a justifié ces tentatives; mais il est une foule de cas où ce procédé n'est pas appliquable, ce sont ceux dans lesquels la maladie est due à l'imperfection du système visuel, ou aux altérations du cristallin, de l'iris et de la cornée; mais toutes les fois que le strabisme est dû à des con-

tractions musculaires, et que les moyens gymnastiques ont échoué, l'opération est bien indiquée. Nous allons en exposer ici l'historique tel qu'il a été donné par M. le docteur Brochin dans un des derniers numéros de l'*Esculape*. Quant à la description des nouveaux instrumens, nous renvoyons nos lecteurs aux explications des planches.

Il y avait à peine trois mois que M. Dieffenbach avait communiqué sa première opération à l'Académie des sciences, qu'il en était déjà à sa deux cent dix-huitième opération. M. Phillips, de St-Pétersbourg, à peu près dans le même espace de temps, en comptait quatre-vingts. Ces habiles chirurgiens ont bientôt eu de nombreux imitateurs en Allemagne et en Angleterre, mais c'est surtout en Belgique que cette opération a été adoptée avec une sorte d'enthousiasme. — Dans ce pays, où l'ophthalmologie est, comme on le sait, fort en honneur, il semble que tous les chirurgiens se soient à l'envie disputé l'honneur de guérir des strabiques. En France, les choses n'ont pas marché aussi vite; soit prudence, soit doute sur la solidité des guérisons, on a mis moins de précipitation à multiplier les opérations et moins d'empressement à en publier les résultats. Cette sage réserve aura pour effet, nous n'en doutons pas, de nous mieux faire connaître les vraies conditions de succès; et en nous plaçant dans une sorte de neutralité également éloignée des préventions défavorables ou d'un engouement exagéré, elle nous permettra d'apprécier d'une manière impartiale la portée de cette nouvelle découverte et les résultats qu'on en doit espérer. Toutefois, en prenant ce rôle neutre, nous ne devons pas laisser oublier qu'un de nos compatriotes a des titres incontestables à la priorité, sinon pour l'exécution, du moins pour la conception de l'opération dont il s'agit. M. J. Guérin avait déjà émis l'idée de cette opération

longtemps avant qu'elle eût été exécutée pour la première fois par M. Dieffenbach. — Conduit inductivement par l'étude étiologique des difformités, à considérer le strabisme comme une des nombreuses manifestations de la rétraction musculaire essentielle ou consécutive, M. Guérin avait admis en principe la possibilité de remédier à cette difformité par une opération analogue à celles qu'il pratique pour les difformités du système osseux, c'est-à-dire, par la section des muscles raccourcis. Mais nous n'avons pas à nous préoccuper en ce moment de la question de priorité dont l'intérêt le cède à la question vitale, à celle de l'avenir qui est réservé à l'opération du strabisme. — Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur ce qui a été fait, dit et écrit sur cette question, depuis qu'elle est venue se placer au ban de l'intérêt général.

Si nous nous en rapportons aux documens qui nous sont parvenus des pays étrangers, après le nombre prodigieux d'opérations de strabisme qui ont été pratiquées dans un aussi court espace de temps, ce qui doit le plus nous frapper, c'est la constance des résultats heureux qu'on dit avoir obtenus, l'extrême facilité d'exécution de cette opération et l'innocuité parfaite dont elle jouit. Dans les faits si nombreux, mentionnés par M. Dieffenbach ou rapportés d'après ses observations, on ne constate que des succès. M. Philips, également, ne parle que de succès et jamais de revers. M. Lucas, de Londres, a fait connaître cinq cas de réussite et un seul cas ou le strabisme a persisté. M. Elliostson vient de publier tout récemment le résultat d'un grand nombre d'opérations, sur lequel le chiffre des succès l'emporte de beaucoup sur le chiffre des revers. M. Crommelinck, de Bruges, rapporte dans sa brochure la relation de sept cas où il a pratiqué l'opération avec un égal succès. MM. Vansteenkiste, de Meyer,

Claeysens et quelques autres médecins belges disent également avoir guéri tous leurs opérés. — Enfin, sauf M. Elliotson qui signale quelques cas d'abcès ou d'inflammation, aucun de ces opérateurs ne parle d'accidens qui soient survenus pendant ou après l'opération.

Il est évident que quelques-unes de ces assertions peuvent paraître au moins prématurées, et que les faits qui les ont motivées demandent à être éclaircis. Qu'il nous soit permis, en attendant, de rappeler le petit nombre de faits qui se sont passés sous nos yeux, et de les consigner comme autant d'élémens qui pourront servir ultérieurement à la solution de toutes les questions qui se rattachent à ce sujet.

Le nombre des opérations de strabisme pratiquées à Paris peut être évalué à une trentaine environ ; mais il n'en a guère été publié que dix ou douze. M. Guérin, qui, comme on le sait, a pratiqué le premier ces opérations parmi nous, en évalue le nombre de dix-huit à vingt. M. Roux en a pratiqué deux ; M. Velpeau, cinq ; M. Sédillot, une. Il y a, comme on le voit, fort loin de ce nombre à celui des opérations pratiquées à Berlin, à Saint-Pétersbourg, à Bruges, Bruxelles, Anvers, Londres, etc. Néanmoins, il suffirait déjà pour nous faire apprécier approximativement les résultats qu'on doit attendre de cette opération, et pour nous aider à contrôler ceux que les médecins étrangers ont fait connaître. Sur les quatre premières opérations, dont M. Guérin a communiqué les résultats à l'Académie des sciences, il a déclaré que dans un seul cas il y avait eu redressement instantané et guérison complète : dans les trois autres cas, il n'y a eu qu'amélioration seulement. Nous avons pu nous assurer que sur le premier de ces opérés, la guérison s'était parfaitement maintenue plus d'un mois après l'opération. Sur trois

autres opérations pratiquées devant nous, nous avons vu également un cas de guérison ; l'un des deux autres opérés, qui était atteint d'un strabisme convergent extrêmement prononcé, n'a retiré qu'un très petit bénéfice de l'opération. Nous n'avons pu connaître le résultat chez le troisième. Depuis cette époque, M. Guérin nous a affirmé avoir à peu près constamment réussi sur une dixaine d'opérés.

M. Roux n'a pas eu lieu de se louer des deux opérations qu'il a faites. Il n'a rien obtenu, ou du moins qu'une différence insensible chez un de ses malades ; et le second a éprouvé une inflammation violente de la conjonctive sans *aucun resultat*.

M. Sédillot n'a pas été plus heureux que M. Roux, à cela près de l'absence de tout accident. — « A moins de changemens subséquens sur lesquels nous ne nous croyons pas autorisé à compter, dit M. Sédillot, cette opération n'aura pas de résultats positifs bien remarquables ; mais elle nous aura encouragé par l'absence complète de tout accident, à en entreprendre de nouvelles. »

M. Velpeau a vu chez les deux premiers opérés, dont l'observation a été publiée, l'œil reprendre immédiatement sa direction normale, et récupérer toute la latitude de ses mouvemens. Mais les suites nous ont démontré qu'on ne devait pas se hâter de considérer ce premier résultat comme l'indice d'une guérison certaine. Chez ces deux malades, le strabisme s'est reproduit, à peu de chose près au même degré ; c'est du moins ce que nous avons pu constater sur l'un d'eux affecté d'un double strabisme convergent, et dont l'état diffère peu de ce qu'il était avant l'opération. Ce professeur paraît avoir été plus heureux dans les trois opérations qu'il a pratiquées depuis. Chez l'un des trois opérés, une jeune fille, que nous avons vue

quinze jours après l'opération, la guérison s'est parfaitement maintenue. — L'état des deux autres permet d'espérer, sinon une guérison complète, au moins une amélioration considérable.

A ne s'en tenir qu'à ce premier résultat général, bien qu'il soit satisfaisant, sans doute, et de nature à encourager à faire de nouvelles tentatives, il s'en faut cependant qu'il réponde entièrement à l'idée qu'on semblait devoir se faire de cette opération, d'après les succès vraiment prodigieux. Du reste, il est bon de faire observer que sur ce nombre d'opérations, la proportion des succès est beaucoup plus considérable dans la seconde moitié que dans la première.— Tout porte à croire qu'à l'avenir cette proportion croîtra encore, soit qu'on perfectionne le procédé opératoire, soit qu'on détermine mieux d'avance les conditions de succès.

Quant à la facilité d'exécution, à la simplicité et à l'innocuité de l'opération, tout, dans les faits qui précèdent, confirme à peu près les rapports des médecins étrangers. Dans le nombre d'opérations que nous venons de rapporter, une seule a été suivie d'accident grave, d'une inflammation violente de la conjonctive; sur deux ou trois autres opérés, on a remarqué à peine une légère injection de la conjonctive, qui s'est dissipée en quelques jours. C'est certainement une circonstance fort remarquable, que, dans une opération pratiquée sur un organe aussi délicat et sur des parties si rapprochées du cerveau, que les premiers opérateurs ne l'ont tentée qu'en tremblant, ce cas ait pu être considéré comme tout-à-fait exceptionnel. C'est au point, en effet, qu'on était disposé à douter de la véracité des rapports, quand on lisait que sur un aussi grand nombre d'opérations pratiquées par MM. Dieffenbach et Philips, il n'était survenu *aucun* accident. Quoi qu'il en soit, à ne tenir compte même que du petit

nombre d'opérations pratiquées à Paris, dont une seule a été suivie d'inflammation, l'innocuité de l'opération reste parfaitement établie.

Procédés opératoires. — Disons un mot maintenant des différens procédés opératoires qui ont été proposés ou mis en usage.

Le premier procédé qui ait été employé, et qui paraît avoir été proposé par Stromayer, et exécuté d'après cette première indication par M. Dieffenbach, est le suivant : Le malade étant assis, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide chargé de fermer l'œil sain, l'opérateur commence par faire soulever la paupière supérieure avec l'élévateur de Caffe et Compérat, et fait renverser la paupière inférieure avec le doigt d'un aide, ou bien avec un crochet abaisseur de l'invention de Dieffenbach et Charrière composé de deux crochets-mousses et recourbés, soutenus par une tige unique. Une érigne, à extrémité très effilée, est ensuite implanté dans la sclérotique, et confiée à un deuxième aide chargé de tirer l'œil en dehors. L'opérateur incise ensuite la conjonctive, entre l'érigne et la caroncule lacrymale, avec des ciseaux fins, droits ou recourbés sur le côté ; il arrive ainsi sur la sclérotique, au-devant du muscle, au-dessous duquel il glisse une branche des ciseaux qui le coupent en travers.

M. Dieffenbach a apporté depuis une légère modification à ce procédé : au lieu de ciseaux, il se sert d'un petit bistouri mousse, à l'aide duquel il coupe le muscle sur une petite spatule ou un stylet cannelé, servant à isoler et soulever préalablement le muscle.

Tel est à peu près le procédé de Dieffenbach tel qu'il a été publié par MM. Fl. Cunier et Crommelinck, qui, les premiers, ont décrit cette opération avec détails.

La plupart des opérations qui ont été faites en Alle-

magné et en Belgique, et quelques unes de celles qui ont été faites en Angleterre et en France, l'ont été d'après ce procédé, auquel on a fait subir un grand nombre de modifications, dont nous nous réservons de faire connaître les plus importantes. — Nous signalerons d'abord, parmi ces dernières, celles qui sont dues aux médecins belges et anglais.

M. Van Rosbrooeck de Gand, qui paraît être le premier qui ait pratiqué cette opération en Belgique, MM. Fl. Cunier et Crommelinck, qui ont le plus contribué à la propager dans ce pays, et, après eux, la plupart des médecins belges s'en sont tenus au procédé de Dieffenbach dans toute sa pureté. La seule modification de quelque importance qui ait été apportée, est celle de M. Vansteenkiste, qui, concurremment avec plusieurs autres membres de la Société médico-chirurgicale de Bruges, a proposé, sous le titre de procédé nouveau, une simple modification, consistant à se servir d'un petit bistouri boutonné, en forme de serpette, auquel il a donné le nom de *strabotome*. A part cette modification, l'opération se pratique comme par le procédé ci-dessus.

Une modification beaucoup plus importante, est celle qui a été introduite par M. Ferral, de Londres. Ce chirurgien supprime l'un des temps les plus douloureux de l'opération. Après avoir fait écarter les paupières, au lieu d'accrocher la sclérotique avec une érigne pour diriger l'œil en dehors, il se borne à faire refouler la caroncule lacrymale en dedans, à l'aide d'une très petite érigne double. Il saisit alors avec des pinces, à quelques lignes de la cornée, une petite portion de conjonctive, qu'il relève, et divise d'un seul coup de petits ciseaux angulaires. Après quelques secondes de repos, l'opérateur engage une petite érigne mousse entre les lèvres de la petite plaie

de la conjonctive, et accroche par là le tendon du muscle sous lequel il glisse une lame de ciseaux, à l'aide desquels la section est opérée près de l'insertion du muscle à la sclérotique. M. Lucas s'est servi d'un procédé qui diffère peu de ce dernier. La sclérotique ne fut point saisie par l'érigne ; la conjonctive, saisie avec des pinces carrées, fut seule intéressée, puis le muscle soulevé avec le crochet de l'érigne, et divisé par des ciseaux courbes. — L'exécution de l'opération est sans doute rendue plus simple et moins pénible pour le malade par la suppression de l'érigne, mais il nous paraît douteux que la volonté seule du malade suffise pour maintenir l'œil dans l'abduction, et sans cette condition, l'opération devient certainement plus difficile.

A cela se bornent, à peu près, les différens modes opératoires pratiqués par les chirurgiens belges et anglais, qui ne sont, comme on le voit, que des modifications du procédé de Dieffenbach, auquel ils peuvent être tous ramenés, en définitive. En France, on ne s'est pas borné à modifier, on a innové et substitué au procédé primitif des procédés qui en diffèrent essentiellement, et dans leur principe et dans leur exécution. — Sauf M. Roux, qui s'en est tenu au procédé de Dieffenbach, à la seule modification près d'une cannelure pratiquée sur la spatule de ce chirurgien, ce qui facilite le jeu des ciseaux ou du bistouri dont il se sert indifféremment, les autres opérateurs s'en sont plus ou moins notablement écartés. — Le premier procédé que nous devions faire connaître est celui de M. Guérin. Disons d'abord dans quelle vue M. Guérin a conçu ce procédé.

Tout le monde sait l'importante application que ce médecin a faite du principe par lui consacré de l'innocuité des plaies sous-cutanées, à la section des muscles, des tendons

et des ligamens dans le traitement des difformités. — M. Guérin, qui avait longtemps hésité à aborder la section des muscles de l'œil, retenu par la crainte des accidens inflammatoires, imagina à cet effet, un procédé qui, en se rapprochant de la méthode sous-cutanée, devait lui faire partager le bénéfice de l'innocuité de cette méthode, et diminuer les chances d'accidens. Voici comment il procède : le sujet, couché sur un lit ou une chaise longue, les paupières préalablement écartées, et l'œil accroché par l'érigne, comme dans les autres procédés, un aide saisit la conjonctive tout près de son insertion au globe oculaire par une pince à larges mors, la soulève, et l'attire en dedans. L'opérateur, tenant l'érigne de la main gauche, et attirant l'œil le plus possible dans l'abduction, saisit de l'autre main un bistouri pointu, à double tranchant, et courbé sur le plat ; au lieu d'inciser couche par couche, suivant une ligne verticale, comme le font la plupart des chirurgiens, il détache du globe de l'œil la portion soulevée de conjonctive, en taillant un petit lambeau ou sorte d'operculo de 7 à 8 millimètres de largeur sur 5 millimètres de profondeur environ ; le tendon aplati du muscle droit interne étant ainsi mis à nu, est soulevé sur une sonde conique recourbée à son extrémité, et coupé avec des ciseaux. Le lambeau de conjonctive est immédiatement réappliqué de manière à convertir, jusqu'à un certain point, la plaie en plaie sous-cutanée.

M. Velpeau voulant mettre à profit le principe d'après lequel s'était dirigé M. Guérin, relativement à la nécessité de mettre le plus possible les parties divisées à l'abri du contact de l'air, a adopté une méthode en quelque sorte mixte entre celle de ce dernier et de Dieffenbach, mais qui diffère notablement de celle des deux, néanmoins. Voici comment a procédé M. Velpeau dans les cinq cas

qu'il a opérés récemment à la Charité : Après les préliminaires obligés de l'opération, l'écartement des paupières, l'abduction du globe de l'œil par l'érigne double, M. Velpeau prend de la main gauche une érigne simple à une branche unique, qu'il dirige en contournant le globe oculaire d'abord horizontalement au-dessus du muscle à inciser ; puis, par un mouvement de bascule de bas en haut, le crochet est abaissé verticalement et en arrière du muscle, sans avoir traversé autre chose que le point de conjonctive qui lui a donné passage ; l'érigne tirée doucement en avant, attire dans ce sens le muscle recouvert de la conjonctive en forme d'anse. Saisissant alors un petit bistouri étroit, concave sur son tranchant, et de la forme d'une serpette allongée, lequel est glissé entre l'œil et l'érigne que tient toujours la main gauche, et guidant le bistouri sur cette érigne, l'opérateur la retire en coupant de haut en bas et d'arrière en avant, et divise ainsi transversallement le muscle droit interne et la conjonctive par une seule incision, qui a pour toute étendue une ligne égale à la hauteur du muscle et à l'épaisseur de l'instrument.

M. Andrieux a simplifié encore le procédé de M. le professeur Velpeau, en supprimant l'érigne simple de ce dernier, et en se servant d'un petit bistouri très étroit, en forme de crochet, terminé en pointe, dont le dos est arrondi et la concavité tranchante. Cet instrument pénétrant entre le globe de l'œil et le muscle, et passant en arrière de ce dernier, suffit pour en opérer la section d'arrière en avant, en faisant à la conjonctive oculaire une très petite plaie. Ce médecin ne dit pas s'il a mis ce procédé en pratique.

Enfin M. Sedillot, qui a pratiqué la même opération au Val-de-Grâce, s'est peu écarté du procédé de Dief-

fenbach; il a adopté la spatule cannelée de M. Roux, et a fait construire une petite érigne à trois branches disposées de manière à s'accommoder à une surface arrondie, peu courbées sur elles-mêmes, et renflées à deux millimètres de leur pointe, afin qu'elles ne pénètrent pas au-delà de la sclérotique. — Comme M. Guérin, il préfère la position couchée à la position assise.

Nouveau procédé de M. Guérin pour la section sous-conjonctivale des muscles de l'œil. —Ce procédé est préférable à tous ceux que nous venons de décrire, c'est celui que nous avons adopté; il s'exécute de la manière suivante: —Le sujet est couché horizontalement et la tête fixée. Les paupières étant maintenues écartées et le globe oculaire attiré en avant et un peu sur le côté, au moyen d'une érigne, on enfonce perpendiculairement dans l'angle interne ou externe de l'œil, suivant le muscle à diviser, et sur le côté de ce dernier, un petit instrument convexe sur le tranchant et doublement coudé sur la tige. La lame de l'instrument ayant pénétré de toute sa longueur (15 millimètres environ), on la relève horizontalement en la faisant glisser entre le globe oculaire et la face correspondante du muscle. Dans un troisième temps, on présente le tranchant convexe de l'instrument à la face interne du muscle, et on divise celui-ci de dedans en dehors, c'est-à-dire du globe oculaire à la paroi de l'orbite. Le globe oculaire étant attiré en avant et un peu sur le côté, c'est-à-dire dans la direction même du muscle à diviser, produit la tension de ce dernier et facilite l'action de l'instrument tranchant. La section s'annonce par un bruit de craquement, le sentiment d'une résistance vaincue, et par un petit mouvement du globe de l'œil, qui cède dans le sens de la traction. L'instrument est retiré par la petite ouverture d'entrée, et il n'y a aucune au-

tre apparence de plaie extérieure. On peut s'assurer que la section du muscle a été faite complétement par la rotation de l'œil dans le sens opposé, rendue plus étendue, et plus facile, et par l'impossibilité de la rotation dans le sens inverse, ou au moins par une diminution sensible dans l'étendue de ce mouvement.

Soins consécutifs à l'opération.—Les soins à donner au malade immédiatement après l'opération et le traitement consécutif sont ordinairement fort simples ; on se borne, en général, à appliquer des compresses d'eau froide sur l'œil pendant les premiers jours ; ces applications sont rendues résolutives et légèrement astringentes les jours suivans par l'addition d'une petite quantité d'extrait de saturne. Dans quelques cas, où on ne remarquait aucune tendance à l'inflammation, on a pu se borner à recouvrir l'œil pendant quelques jours, et à prescrire le repos et un régime convenable. La saignée que recommandent quelques chirurgiens immédiatement après l'opération est peut-être utile en cas de phlogose. M. Guérin astreint ses opérés à l'usage des lunettes. Ces lunettes ont pour but de maintenir l'effet de la section musculaire, en obligeant l'œil opéré a rester dans une abduction permanente (s'il s'agit de strabisme interne, et *vice versâ*), et tenant par conséquent écartés les deux bouts du muscle divisé. Personne n'ignore que les deux bouts du muscle divisé se cicatrisent, et qu'il se fait par la suite un retrait de la cicatrice, qui doit finir par reproduire la première condition dans laquelle se trouvait le muscle avant la section, si l'on ne maintient les deux portions du muscle écartées par des moyens appropriés, de manière à favoriser leur réunion par un canal intermédiaire dans ces conditions d'écartement. C'est là le principe d'après lequel on emploie les appareils mécaniques

comme moyens auxiliaires de la section des muscles ou tendons dans les déviations du squelette. Les conditions étant ici à peu près les mêmes, l'on devait chercher par des moyens analogues à réaliser les mêmes résultats. C'est à cet effet que M. Guérin a fait construire des lunettes analogues aux bésicles d'Ambroise Paré, ou aux lunettes opaques de Rossi de Turin. — Ces lunettes ne diffèrent d'ailleurs des lunettes ordinaires, qu'en ce que le verre correspondant à l'œil sain est complétement terni, et le verre qui recouvre l'œil opéré terni dans une de ses moitiés, ou dans ses deux tiers internes ou externes, suivant les cas, afin d'obliger le malade à ne se servir que de l'œil opéré, obligé lui-même par la disposition du verre qui le recouvre de se dévier en sens inverse de sa direction pathologique.

---

§ VIII. — ENTOZOAIRES DE L'OEIL.

Depuis les recherches de Sœmmering, Logar, Mongin, de Nordmann, Lejeune et Peccellini, on ne peut plus révoquer en doute l'existence de vers dans les paupières, dans la conjonctive et dans le globe oculaire. Voici la classification de ces vers : 1° *filaria medinensis*, sous la conjonctive ; 2° *cystercus cellulosæ*, dans les chambres de l'œil ; 3° *Filaria oculi humani*, dans le cristallin ; 4° *monostoma lentis*, idem ; 5° *distoma oculi humani*, idem, *echimocus hominis*, entre la choroïde et la rétine.

M. Guyon a adressé dernièrement à l'Académie des Sciences deux observations sur des vers trouvés entre la conjonctive et le globe oculaire, chez une négresse de la Guinée. M. Guyon pense qu'on doit rapporter ces vers aux filaires ou vers de médine. M. Roulin, durant un

voyage qu'il fit à Mompox, sur la Madeleine, rivière qui parcourt 300 lieues de terres et occupe le bassin de la mer des Antilles dans l'Atlantique, avait observé une négresse âgée de 29 ans à peu près, et habituellement bien portante, qui fut prise tout à coup, sans cause connue, d'accidens nerveux, auxquels succéda une vive démangeaison dans la fosse temporale droite; trois mois s'étaient passés ainsi lorsqu'un jour apparut un ver qui, traversant l'angle orbitaire externe, s'interposait entre la conjonctive et la sclérotique.

Traitement. — Lorsque les entozoaires se trouvent sous la conjonctive ou dans la chambre antérieure de l'œil, on doit toujours essayer l'extraction; mais s'ils occupent la choroïde et la rétine, on doit se borner à combattre les accidens qu'ils produisent.

CHAPITRE VIII.

INSTRUMENS QUI SERVENT A CORRIGER LES VICES DE LA VUE ET A CACHER LES DIFFORMITÉS DU GLOBE DE L'OEIL.

§ I. — LUNETTES.

Les lunettes n'étaient pas connues des anciens. C'est vers la fin du XIII[e] siècle, entre l'an 1280 et 1300, que les lunettes furent inventées; cette découverte eut un grand retentissement, car elle remplissait dans la science un vide considérable. C'est surtout par la faculté qu'avaient les lunettes de corriger des aberrations visuelles que l'enthousiasme fut à son comble, c'est ce qui, dans le commencement, fit abuser de leur usage.

Les deux principales maladies contre lesquelles l'on emploie les lunettes sont la *myopie* et la *presbytie* ; enfin, chez les opérés de la cataracte, on emploie les verres convexes destinés à faire les fonctions de cristallin artificiel. Les verres mis en usage pour les myopes sont concaves, tandis que ceux destinés aux presbytes sont convexes.

Chez les myopes la force réfringente des milieux transparens de l'œil étant trop considérable, l'image est déjà troublée avant que les rayons ne soient parvenus à la rétine. L'on emploie des verres concaves dont l'effet est de faire diverger les rayons qui tombent sur la cornée et les autres parties transparentes de l'œil, pour contrebalancer leur trop grande propriété réfringente. Il résulte de ce fait que le point de convergence des rayons

lumineux ne se rencontre plus en avant de la rétine, mais bien directement sur cette membrane.

Chez les presbytes, au contraire, la propriété réfringente des humeurs de l'œil se trouvant diminuée, l'on conçoit qu'il faille dans ce cas des verres dont l'action serait toute opposée à celle des verres pour les myopes; en effet, on emploie pour cela des verres convexes; leur action a pour but de concentrer les rayons lumineux sur la cornée à tel point que la force refringente de cette membrane et des autres milieux transparens de l'œil soit alors suffisante pour réunir sur la rétine l'image exacte des objets.

D'après cet énoncé, on conçoit facilement que la myopie et la presbytie, existant à des degrés divers, on a dû fabriquer des verres doués d'une puissanee plus ou moins forte, et mise en harmonie avec la nature et le degré de la maladie.

Pour expliquer la force des lunettes, il faut se rappeler qu'une ligne qui tombe à angle droit sur un verre et passe par son centre, constitue l'*axe* de celui-ci : dans cette direction le rayon lumineux n'est point réfracté parce qu'il passe en ligne droite; au contraire, tous les rayons qui tombent sur des verres convexes parallèlement à l'axe sont réfractés de telle sorte qu'ils se réunissent derrière lui en un point que l'on nomme *foyer*. La distance entre le verre et le foyer se nomme *distance focale*. C'est en la mesurant au moyen d'une échelle graduée, que l'on reconnaît la force d'un verre convexe; cette force peut varier à un degré infini. Lorsqu'il s'agit de verres concaves, le mécanisme de la réfraction se produit dans une direction opposée à celle des verres convexes. Car les verres creux ne réunissent jamais derrière eux les rayons lumineux, bien loin de là, au contraire, ils

les rendent plus divergens et plus diffus. Mais si par la pensée on prolonge les rayons en deçà du verre dans la même direction qu'ils suivent en divergeant au-delà, on trouvera aussi un point auquel ils se réunissent naturellement, qui prendra encore le nom de foyer, de telle manière que l'on peut dire que plus un verre est concave ou convexe, plus son foyer, ou *distance focale* est courte; tandis que moins le verre est concave ou convexe, plus la distance focale est longue.

On calcule en général la valeur des distances focales que l'on représente par des numéros destinés à faire connaître la force de la concavité, ou de la convexité du verre sur lequel il est apposé. L'on comprend donc que l'application des lunettes mérite une attention toute particulière et que leur usage imprudent, ou mal dirigé, peut occasionner un trouble et même un dérangement des facultés visuelles.

Tous les jours on voit des individus qui achètent au hasard des verres, qui s'en servent, fatiguent leurs yeux, modifient leur vue et se rendent, quelquefois, complétement aveugles ; il serait donc à desirer que ceux qui ont besoin de lunettes s'adressassent à des hommes suffisamment éclairés pour leur indiquer le verre qui convient à leur vue. Cela est facile dans une grande ville, tandis qu'en province l'on est à la merci des colporteurs qui cherchent à vendre avant tout, et qui ne se font point scrupule de vendre des verres ayant une puissance exagérée, et dont l'achat vous sourit, parce que vous voyez très bien par eux, trop bien peut-être, et l'organe ne tarde pas à subir la conséquence de cette pratique imprudente.

Afin de prémunir des personnes qui ont besoin de lunettes contre diverses spéculations dont elles pourraient

être la victime, nous croyons devoir leur donner quelques conseils, résumés dans les propositions suivantes :

1° Il faut se servir le plus tard possible de lunettes, quelle que soit la maladie oculaire dont on est affecté ;

2° Un verre convenable n'est pas celui qui grossit l'objet, mais celui qui le présente aussi près que possible de sa grosseur naturelle, qui le fait voir d'une manière claire et distincte, et à la même distance à laquelle la personne était accoutumée de distinguer les objets, alors que l'œil était dans son état le plus parfait.

3° La *netteté*, dans les instrumens d'optique, est une qualité essentielle pour éviter la fatigue de la vue. Lorsqu'on voit avec netteté, l'organe de la vision éprouve une espèce de satisfaction et fonctionne sans efforts. Sous ce rapport, les conserves, longues-vues, lorgnettes simples et jumelles pour le spectacle et la campagne, fabriquées par M. De la Borne, professeur d'optique, ont une supériorité marquée; ce résultat est dû à l'excellence des principes de leur construction, à la pureté des matières vitreuses employées, et à la perfection de leur exécution réglée par l'auteur lui-même. A leur extrême netteté se joint un avantage qui, pour être étranger à l'hygiène oculaire, n'en est pas moins d'un grand prix pour le public : c'est l'excessive réduction de leur poids et de leur volume, qui permet de s'en munir habituellement, et d'en faire usage dans toutes les occasions qui peuvent se présenter.

4° On pourra déterminer par les signes suivans si l'on a besoin du secours des lunettes, s'il y a inhabilité de distinguer les petits objets, comme l'impression en caractères ordinaires à la distance de 15 ou 20 pouces, et les objets les plus gros à deux pieds de distance de l'œil ;

5° S'il y a propension à tenir les paupières à demi-fermées quand on regarde des objets éloignés.

6° Si l'individu à courte vue distingue les objets qui sont proches, dans une demi-obscurité, mieux que les autres hommes ; s'il peut lire les plus petits caractères, par exemple, avec facilité, alors que l'homme qui a la vue longue et bonne est incapable de distinguer les lettres *capitales*.

7° S'il éprouve un sentiment de fatigue, d'épuisement et de distension de l'œil par un long examen des objets lointains.

8° Ces signes existans, il ne doit point différer l'usage des lunettes.

9° Il faut s'adresser à un opticien habile, prendre chez lui plusieurs lunettes et les essayer à domicile pendant plusieurs heures, les retourner en différens sens, pour savoir si la vision des deux yeux est égale ; car on rencontre souvent des hommes obligés de se servir de verres à foyer différent. Alors il est nécessaire d'employer un verre particulier pour chaque œil en harmonisant autant que possible leur action.

10° L'usage des verres concaves ou convexes ne doit point être continuel ; le presbyte ne doit jamais les employer de loin, ni le myope de près ; non seulement les verres se dépolissent, mais encore la vue s'accoutume à leur action, ils remplissent moins bien le but desiré ; c'est pour cette raison que l'on doit changer de *numéro*, mais il faut être excessivement réservé à ce sujet, car le prompt changement altère promptement l'organe.

11° Sous le nom inexact de *conserves*, l'on vend des verres légèrement convexes qui sont bien loin de jouir de la faculté *conservatrice* qu'on leur suppose. On ne peut donner le nom de conserves qu'aux verres légèrement colorés sans aucun foyer, destinés uniquement à atténuer l'action des rayons lumineux, ou de préserver l'œil de

l'action nuisible des corps étrangers, ce qui est surtout nécessaire dans quelques professions mécaniques ou pour les voyageurs qui sont exposés au vent et à la poussière.

12° Les artisans qui sont obligés d'employer des loupes *monocles* doivent prendre l'habitude de se servir tantôt d'un œil, tantôt de l'autre, car l'usage continuel de moyens de grossissement finit par détériorer la vision au point de nécessiter des grossissemens de plus en plus développés, et qui sont suivis de la perte absolue des fonctions visuelles.

13° Les personnes qui ont subi l'opération de la cataracte ont besoin de verres très convexes, destinés à suppléer à l'action du cristallin ; mais pour ne pas perdre tous les bénéfices de l'opération la plus heureuse, il faut ne se servir de lunettes que deux à trois mois au moins après l'opération ; il faut commencer par des verres faibles et destinés à voir de loin ; peu a peu, on prend des numéros plus forts à l'aide desquels on pourra écrire. Il serait à desirer que le médecin pût présider lui-même au choix de ces lunettes ; dans le cas contraire, il faut s'adresser a un opticien d'une habileté éprouvée.

14° Les verres doivent être de belle qualité, sans bules et sans nuages ; il faut les essuyer avec soin avec un linge fin et ne point les poser sur les corps durs, car ils se rayent et fatiguent alors la vue.

15° Il y a une espèce de verres dits *périscopiques*, qui peuvent s'appliquer avec avantage aux personnes opérées de la cataracte ; ces verres sont concaves d'un côté et convexes de l'autre, et ils sont destinés à étendre leur foyer beaucoup plus (deux tiers de plus) que les verres ordinaires dits *isocèles*. Les verres périscopiques inventés par les Anglais ont été perfectionnés en France par l'opticien Cauchois, et sont exécutés aujourd'hui avec

une admirable perfection par madame Lenoir-Delorme.

16° Quand on veut faire usage de conserves, il faut les porter peu colorées, d'une teinte *gris-bleue*, qui est la plus en harmonie avec la couleur atmosphérique. Les lunettes vertes doivent être rejetées, car elles produisent presque toujours un petit reflet jaunâtre qui finit par fatiguer l'organe au lieu de le conserver.

---

§ II. PROTHÈSE OCULAIRE.

SYN. — *Pose de l'œil artificiel.* — *Hypoblephara.* — *Ecblepharie.* — *Œil postiche.*

On appelle prothèse oculaire l'art de dissimuler la difformité qui résulte toujours de la perte d'un œil, produite par l'affaissement de la coque oculaire. Cet art est tout moderne, car les Grecs, sous le nom d'hypoblepharie et *ecblepharie*, avaient inventé de grossières machines qui pouvaient à peine dissimuler un instant la difformité.

Les tentatives faites en Bohême et à Venise au temps de Fabrice d'Aquapendente pour la fabrication d'yeux d'émail, ont été laissées bien loin par tout ce que l'on a fait en France à la fin du siècle dernier. Depuis lors, l'art de l'imitation a été poussé si loin, qu'aujourd'hui on peut obtenir des yeux artificiels ayant une ressemblance exacte avec l'œil qui reste. Ils peuvent, dans quelques circonstances, jouir d'une mobilité qui rend l'illusion complète. Cette industrie s'est même concentrée à Paris dans les mains de quelques hommes, parmi lesquels nous devons placer en première ligne M. Noël. Cet artiste distingué, par la légèreté de ses émaux, par la parfaite imitation de la nature, et surtout par l'éclat de ses cou-

leurs, est arrivé à un degré de perfection qu'aucun de ses confrères ne peut lui disputer, pas même ceux qui, par de trompeuses annonces, affirment que leurs émaux possèdent un poli indestructible, tandis que nous avons pu constater, les pièces à la main, que la résistance de leurs émaux était de la moitié moindre que ceux de M. Noël. C'est surtout dans le rebord des coques d'émail que l'on voit la supériorité du travail de M. Noël ; aucune de ses pièces n'est retouchée à la meule, tandis que la plupart des autres fabricans sont obligés de recourir à ce moyen pour détruire les inégalités de leur coupe ; et comme ces diverses imperfections peuvent toujours irriter les parties sur lesquelles repose l'œil en émail, nous ne saurions trop recommander aux personnes qui veulent jouir dans toute leur intégrité des bénéfices de la prothèse, d'examiner attentivement les rebords de la pièce artificielle avant de s'en servir.

L'œil artificiel est une petite cuvette ellyptique ayant dans le centre un iris et une pupille recouverts d'un glacé en émail transparent, qui simule à s'y méprendre la cornée et la chambre antérieure. Cette pièce doit être assez légère pour qu'en l'appliquant sur les paupières, elle puisse être maintenue en place par l'action de celles-ci. La difformité sera d'autant plus facilement corrigée, que le moignon sera plus mobile et plus petit.

Lorsqu'il s'est écoulé un grand intervalle de temps entre l'affaissement du globe de l'œil et l'application de la prothèse, les paupières sont toujours devenues plus étroites, moins dilatables, et l'on ne parvient que graduellement à poser une pièce de dimension convenable. C'est lorsqu'on veut arriver à ce résultat trop brusquement que l'on détermine quelques uns de ces accidens

qui ont dégoûté pour toujours quelques personnes de porter un œil artificiel.

Moyen de correspondance entre le malade et le fabricant.

Il est un grand nombre d'individus qui, par la nature de leurs occupations, de même que par leur position de fortune, ne peuvent point se rendre à Paris pour se faire poser un œil artificiel. On a dû suppléer à cet inconvénient en établissant des moyens de correspondance entre le fabricant et la personne qui a besoin d'une pièce artificielle. Cette correspondance s'établit par un ensemble de moyens dont les principaux sont :

1° La peinture exacte de l'iris ;

2° L'indication de la couleur de la sclérotique ;

3° La mesure exacte des dimensions de l'iris et de la pupille ;

4° La mesure exacte du diamètre transversal et vertical de l'œil ;

5° Enfin la courbure présumée de la pièce et de la saillie de la cornée.

Pour dessiner convenablement l'iris, il faut se servir d'une plaque d'ivoire, d'un morceau de vélin ou de carton Bristol. On trace son disque, au centre duquel on laisse un vide marqué par un nouveau petit disque destiné à former le trou pupillaire. La plus simple connaissance du dessin suffit pour permettre de remplir l'intervalle qui existe entre ces deux disques, d'une teinte offrant la coloration générale de l'iris ; puis, avec de petits coups de pinceau partant de la circonférence de l'iris au trou pupillaire, on tire de petits traits légèrement tremblés, au moyen desquels on imite les fibres rayonnantes de l'iris.

Au rebord pupillaire on place une petite auréole qui accompagne presque toujours l'ouverture pupillaire ; enfin, on dessine la pupille, qui sera faite avec un beau noir, et qui complètera l'image. Lorsque l'iris est fortement coloré en bleu ou en brun, on est presque obligé d'encadrer sa grande circonférence dans un cercle plus foncé.

On peut même, et c'est le moyen le plus sûr, faire construire une petite cuvette en plomb à laquelle on donne la forme d'une pièce artificielle qu'on ajoute après divers tâtonnemens et sur le centre de laquelle on trace avec un compas la place de l'iris ; puis l'on tire une ligne dans le diamètre horizontal de l'œil, afin d'indiquer la hauteur où se trouve la pièce lorsque le malade regarde à l'horizon ; par ce moyen, l'artiste peut placer l'iris d'une manière très convenable et tout-à-fait parallèle à celle de l'œil sain.

Ce moyen est connu depuis bien longtemps, il est indiqué tout entier dans l'ouvrage de Hazard-Miraut ; qui croirait cependant que l'on veut aujourd'hui le présenter comme une chose nouvelle sous le nom de *nouvelle théorie de la prothèse*, parce que l'on envoie en Province des collections de cuvettes métalliques toutes faites, numérotées, et cela dans le seul but d'éviter au malade la peine d'en faire construire une exprès ?

Pose de l'œil par le chirurgien. — Quand un chirurgien veut poser un œil artificiel, il doit saisir la pièce par une de ses extrémités et la plonger dans un verre d'eau froide, puis la prendre dans son plus petit diamètre, (le vertical), avec le pouce et l'indicateur de la main droite; de la main gauche, il soulève et écarte légèrement la paupière supérieure sur laquelle il engage lentement et graduellement la partie la plus large de la pièce que

l'on nomme vulgairement *culasse*. Aussitôt que la pièce est arrivée au rebord de l'orbite, on laisse tomber la paupière supérieure qui la recouvre en partie. Le chirurgien abaisse alors la paupière inférieure et fait décrire à la pièce, sans la retirer, un quart de cercle en dehors au moyen duquel il porte la culasse à l'angle externe, tandis que la partie la plus étroite est amenée vers l'angle interne ; dans ce moment, il abandonne la paupière et engage le patient à fermer l'œil pendant une minute.

Pour retirer la pièce, il s'agit d'engager sous sa partie inférieure et interne un petit crochet-mousse à l'aide duquel on tire et on fait basculer la cuvette, en abaissant la paupière au bord de laquelle on la reçoit dans le creux de la main.

Pose de l'œil par le malade lui-même. — Une fois qu'un individu est pourvu d'une pièce artificielle convenable, et qui a rempli toutes les conditions désirées, il faut lui apprendre à la poser et déposer lui-même. Pour cela, il doit se placer assis au bord d'une table, sur laquelle se trouve un miroir à pied ; il attachera autour du cou une serviette nouée comme lorsqu'on veut se faire la barbe, et il fixera le bord libre du linge à la table avec de fortes épingles. Cette précaution est indispensable pour recevoir la pièce que l'individu laisse souvent échapper dans ses premiers essais. Une fois ces précautions prises, il saisit la pièce par son plus petit diamètre et la plonge dans l'eau. Puis de la main gauche, relevant la paupière supérieure, il y introduit la culasse de la pièce artificielle ; il laisse alors tomber la paupière supérieure et relève l'inférieure. C'est dans ce moment qu'il exécute le mouvement de bascule par lequel il fait parvenir la culasse à l'angle externe des paupières, tan-

dis qu'il pousse la partie la plus étroite vers l'angle interne.

Pour l'extraire, il passe un crochet-mousse à la partie inférieure et interne de la pièce, et, en tirant en dehors, il la fait parvenir sur le bord de la paupière où il la reçoit avec l'autre main.

Aussitôt que l'œil artificiel est introduit, il détermine une irritation locale suivie de larmoiment et de mucosités. Ces inconvéniens disparaissent peu à peu à mesure que la partie s'accoutume à la présence du corps étranger. On fera disparaître l'irritation par de fréquentes lotions d'eau froide.

Il arrive souvent qu'on rencontre entre les paupières et le moignon des brides qui empêchent l'introduction de la pièce artificielle : il est alors indispensable de les détruire par l'incision ou la résection. Cette opération n'est nullement douloureuse, et il faudrait qu'un homme eut une bien grande pusillanimité pour se refuser à une opération aussi simple.

Enfin, quand on retire la pièce le soir en se couchant, il faut la placer dans un verre d'eau froide ; et pour que le frottement ne la dépolisse point, il est nécessaire de la mettre préalablement dans le creux d'une petite éponge fine que l'on introduit ensuite dans un verre d'eau.

CHAPITRE IX.

Conseils hygiéniques et thérapeutiques sur les maladies des yeux qui affectent particulièrement les hommes d'état, les gens de lettres, et tous ceux qui s'occupent de travaux de cabinet et de bureau.

INTRODUCTION.

Les accidens qui peuvent altérer la vue ou même l'anéantir complètement, sont si divers, si nombreux et quelquefois si fatalement enchaînés soit à l'exercice de certaines professions, soit à la position même où naissent et doivent vivre quelques individus, que tout le monde y étant à peu près exposé, il n'est permis à personne de les ignorer impunément, et de se croire exempt des précautions propres à les prévenir.

Il paraît tout d'abord que par la généralité de son objet, un traité d'ophthalmologie intéresse toutes les classes de la société. Toutes ont, en effet, quelques notions et quelques conseils utiles à y puiser, avant ou après l'intervention des hommes de l'art.

Nous avons eu trop souvent l'occasion de dire dans le cours de ce livre, quelle est dans la plupart des affections oculaires l'influence des habitudes les plus indifférentes en apparence. Nous ne parlions pas seulement de celles qui résultent forcément de métiers ou de professions insalubres, et contre lesquelles les conseils d'un médecin

auront toujours peu de pouvoir; il s'agissait, la plupart du temps, d'habitudes prises sans raison évidente, ou quelquefois même dans un but hygiénique mal entendu. Or, ces habitudes, causes directes ou prédisposantes de la maladie, n'avaient besoin que d'être signalées avec leur résultat effrayant et inévitable, pour prévenir un grand nombre de cas et d'accidens contre lesquels toute médication devient quelquefois tardive et impuissante.

Il en est de même de quelques simples précautions qui coutent si peu, surtout aux classes aisées, et dont l'effet peut être si précieux. Indiquer ces précautions, c'était les prescrire, c'était conserver par des moyens naturels et d'une application facile, ce que la science et l'art ne peuvent pas toujours rendre à l'homme ; en un mot, c'était faire de l'hygiène. Mais on comprendra, sans doute, que, dans un chapitre spécialement consacré aux professions lettrées, nous avons dû faire la part de ces conseils beaucoup plus grande. C'était le cas de donner à la partie hygiénique une étendue exceptionnelle qui s'explique et se justifie d'elle même. Il n'y a pas d'autre profession aussi sujette à un grand nombre de maladies oculaires, comme il n'y en a pas d'autre aussi où la perte de la vue soit plus regrettable. A cette considération d'un grand poids, il faut en ajouter une seconde qui sera toujours pour un auteur le stimulant le plus actif, c'est que, du moins, les classes lettrées lisent et savent comprendre ce qu'on écrit pour elles, et qu'en leur consacrant un travail utile, on ne risquera jamais d'en perdre le fruit.

Une réunion entièrement composée d'hommes adonnés aux travaux intellectuels, et dans cette classe nous comprenons, outre les poètes, les savans et les littérateurs proprement dits, les magistrats, les avocats, les professeurs, les étudians, les employés, les fonctionnaires des

diverses administrations, et, en général, tous les gens de cabinet ; une pareille réunion, disons-nous, offrirait peut-être aujourd'hui le spectacle le plus affligeant. Nous ne parlons pas seulement des infirmités que le grand âge amène à sa suite, et qui sont, presque partout, également réparties. Nous mettrons à part ces vieillards dont les années ont courbé le front, anéantis ou affaiblis chaque jour, plus ou moins, par un épuisement progressif des sources de la vie ; c'est dans l'âge mûr, dans l'âge de la force, c'est dans la jeunesse même que nous aurions la douleur de rencontrer nos Homère, nos Milton, nos Jacques Delille ; c'est au milieu et quelquefois au début même de sa carrière intellectuelle, que nous trouverions un Augustin Thierry, savant historien dont la cécité aussi précoce que la gloire, l'a constamment accompagné comme une ombre funèbre dans l'imagination de ses admirateurs.

Mais ce sont là des malheurs accomplis, célèbres et éclatans en quelque sorte. Les infirmités moins complètes et ignorées sont les plus nombreuses et les plus désolantes, parce que l'intérêt public, cette douce indemnité des grandes souffrances, ne s'y attache point. Que d'hommes heureusement organisés par la nature, et préparés par l'étude pour des travaux utiles ou glorieux, languissent délaissés dans le demi jour d'une réputation naissante, ou même dans une obscurité complète, et que la perte de la vue, dans la saison de la force, dans l'éclat des belles années, a seule irrévocablement condamnés à l'oubli et au malheur !

Ici, c'est un élève de nos écoles, qui en est sorti déjà entouré des symptômes d'amblyopie, et qui, bientôt, inhabile à tout travail d'application, se trouvera réduit à

déplorer une science chèrement acquise dont il ne pourra faire aucun usage.

Là, c'est un jeune érudit ayant consacré pendant huit ou dix années et ses jours et ses nuits à chercher les matériaux d'un monument qu'il voulait élever à son siècle, et qui est contraint de s'arrêter avant d'avoir pu les réunir. Nul ne lui tiendra compte des travaux qu'il n'a pas réalisés ; pour prix de ses labeurs qui lui ont coûté sa santé et quelquefois sa fortune, il n'obtiendra pas même un peu de gloire.

Ailleurs, vous verrez un employé diligent et laborieux, après la première moitié de sa carrière accomplie dans les postes inférieurs de l'administration, obligé de se retirer à la veille d'obtenir un avancement légitime sur lequel étaient fondées toutes les espérances de sa nombreuse famille. Celui-ci est un jeune professeur qui est déjà descendu de sa chaire ; il l'a occupé trois ans, et il lui en avait fallu dix pour se rendre digne d'y monter. Celui-là est un avocat, signalé dès ses débuts comme une des espérances du barreau, et qui a fermé son cabinet au moment même où les cliens en apprenaient le chemin. Tous ces infortunés avaient fait d'immenses sacrifices, et aucun d'eux n'en a obtenu le prix. Les uns n'ont pas même été connus du public, les autres en sont déjà oubliés, car, dans cette époque de concurrence et de pêle-mêle, la société n'a que bien juste l'attention nécessaire pour apercevoir les hommes qui lui sont actuellement utiles.

Nous ne voulons pas ici passer en revue tant d'espérances avortées et tant de douloureux mécomptes. Le nombre en est si grand dans la classe des hommes de cabinet qu'on éprouve à y penser une tristesse profonde, mêlée quelquefois de réflexions désolantes. Les maladies ocu-

laires seraient-elles donc les fruits naturels des travaux de l'intelligence? Ici, comme ailleurs, le mal serait-il presque inséparable de la profession, et cette condition fatale aurait-elle été imposée à l'homme que, chez lui, les yeux de l'esprit ne dussent s'ouvrir qu'au détriment des yeux du corps?

Non, grâce au ciel, et c'est notre certitude bien arrêtée sur ce point qui nous a surtout encouragé à traiter avec détail le chapitre qu'on va lire ; non, les maladies des yeux qui affectent particulièrement les hommes de cabinet, à moins d'une cause congéniale, ne sont pas le produit direct des travaux de cabinet, mais bien de certaines circonstances au milieu desquelles ces travaux s'exécutent habituellement, et dont la science même, éclairée par l'expérience, enseigne à prévenir, à suspendre ou à neutraliser les effets.

L'indication raisonnée de ces circonstances avec les observations à suivre pour en modifier ou pour en détruire l'influence, telle est, en analyse sommaire, la matière de ce chapitre, qui peut être considéré dans le cours de notre ouvrage comme une partie distincte, facile, et, nous l'espérons du moins, utile à lire pour les personnes à qui les notions de la médecine et de la chirurgie seraient d'ailleurs le plus étrangères. Une bonne vue est d'un si grand prix pour tout le monde, que nous n'avons pas à craindre qu'on trouve rien de trop minutieux dans tout ce que nous avons dit sur les moyens de la conserver si elle est intacte, et de la rétablir si elle est altérée. Tel détail nous a semblé très nécessaire, par la raison même qu'au premier abord il peut paraître surabondant ou futile ; en hygiène, ce qui a le plus besoin d'être recommandé, est précisément ce que le public ignore ou néglige. Tout le monde se doute, au moins, des inconvé-

niens graves du travail de nuit, de la contemplation des étoiles, de la lecture au clair de lune, ou bien à une lumière trop concentrée ; mais on ne sait pas assez de quelle importance sont en ophthalmologie le choix du logement, son orientation, la couleur de l'ameublement, et une foule d'autres circonstances dont l'effet, pour être quelquefois lent et gradué au point de paraître insensible, n'en est pas moins certain et réel.

Mais voilà que ces considérations nous conduisent jusqu'à répéter le texte même du chapitre dont il s'agit ; nous ne les pousserons donc pas plus loin. Qu'il nous suffise de dire, en nous résumant, qu'en signalant toutes les causes connues, et pour nous évidentes, des maladies d'yeux qui affectent spécialement les hommes de cabinet, nous avons indiqué, d'après l'expérience, les remèdes les mieux appropriés, et, dans le plus grand nombre de cas de simples observances conservatrices. C'est ainsi que ce chapitre garde avant tout le caractere hygiénique que nous avons voulu lui donner, et qui, si nous pouvons nous flatter d'avoir écrit quelque chose d'utile, doit en étendre et en faciliter l'application parmi des classes auxquelles la science médicale ne saurait porter un trop vif intérêt.

---

§ I. — MOUCHES VOLANTES.

SYN. — *Berlue.* — *Scotomata.* — *Scotosis.* — *Visio phantasmatum.* — *Visus reticulosus.* — *Myodésopsie* — *Nuages voltigeans ;* — *Imaginations perpétuelles.*

Il y a une espèce de trouble de la vision qui, lors même qu'il n'est que symptomatique, n'en constitue pas

moins par sa présence une des affections les plus désagréables de l'œil, nous voulons parler de cette espèce d'amblyopie, plus connue sous le nom de *mouches volantes*, et qui affecte de préférence les hommes de lettres, ceux adonnés aux travaux intellectuels, les hommes d'état, et en général tous les hommes de cabinet.

Tantôt cette maladie est congestive, tantôt elle est simplement nerveuse. Dans quelques cas, elle est considérée comme le prodrôme d'une amaurose réelle; dans d'autres, au contraire, elle n'est qu'un symptôme fatigant, sans conséquence, qui persiste toute la vie.

Rien n'est plus variable que la symptomatologie de cette affection ; tantôt le malade voit des mouches, des petits anneaux, des stries, des flocons noirâtres ou grisâtres, demi-transparens, qui voltigent devant ses yeux ; tantôt, il voit ces objets même en fermant les yeux; dans d'autres circonstances, ce sont des fantômes de toute espèce qui apparaissent devant l'œil, le fatiguent et rendent tout travail impossible.

M. Reveillé-Parise auquel on doit des travaux remarquables sur les maladies des gens de lettres, en distingue trois espèces : La *première*, dit-il, paraît instantanément et à la suite d'un travail forcé de la vue; dans celle-ci, la couleur des images est ordinairement rouge, peu foncée, quelquefois scintillante. Tycho-Brahé en était affecté lorsqu'il méditait profondément. Elle se manifeste aussi dans le délire des fièvres inflammatoires, ou lorsqu'on est resté quelque temps, la tête nue, au soleil, comme il arrive dans les pays chauds. Leur forme ressemble communément à ces taches larges qu'on aperçoit après avoir fixé le soleil. Du repos et quelques rafraichissans les dissipent en peu de jours. Des plaques assez larges, composées d'une multitude de petits points brillans, forment la *seconde es-*

pèce. Ces petits points brillans, quoique plus tenaces que les taches précédentes, disparaissent cependant au bout de quelque temps. La transparence commence ordinairement au centre de la plaque et gagne ensuite la circonférence. Enfin, la *troisième espèce*, dont il est question ici, est la plus essentielle : elle consiste dans la perception d'une grande quantité de corpuscules imaginaires, qui semblent voltiger devant les yeux à la distance d'un pied environ. Toujours très variés dans leur forme, ces corpuscules en affectent quelquefois d'assez bizarres. Il y en a qui paraissent comme de longs filamens, des réseaux, des pates de mouche, des toiles d'araignée; d'autres représentent des corps ondulés et brillans; enfin, on aperçoit une quantité de bulles lumineuses, dont la position ne change que par les mouvemens de l'œil.

Les imaginations représentées sont souvent fugitives, mais presque toujours elles conservent pendant quelque temps une fixité telle que le malade peut les décalquer sur le papier.

La nature de cette affection est à peu près inconnue; quant aux causes, les uns les attribuent à la présence des particules concrétées dans l'humeur de Morgagni, ou dans l'humeur aqueuse; les autres aux entozoaires de l'œil; De la Hire les attribue à l'épanchement du sang contenu dans quelques petits vaisseaux de la cornée, et il explique les bulles lumineuses qu'on aperçoit par une réfraction partielle des rayons, qui se ferait dans quelque point obstrué du cristallin, ou de l'humeur vitrée, à peu près comme cela se voit dans les verres qui contiennent des *bouillons* ou quelques légères défectuosités. M. Jourdan croit que cette maladie est produite par la dilatation variqueuse de quelques-uns des vaisseaux de la rétine. M. Reveillé-Parise la considère comme

une altération de la sensibilité de la rétine. De toutes ces hypothèses, cette dernière nous paraît la plus probable. Quant à nous, nous considérons les mouches volantes comme un simple phénomène d'*innervation*, le plus souvent générale et quelquefois symptomatique. Les mouches volantes sont un signe précurseur de la goutte sereine; tantôt, elles restent au même degré pendant toute la vie; d'autres fois, elles sont un signe de cataracte.

Nous allons rapporter ici la lettre de deux illustres médecins affectés des mouches volantes, et qui, malgré leurs grandes connaissances pratiques, s'étaient trompés sur le diagnostic différentiel de cette maladie. Cette lettre, datée du 16 juin 1673, est écrite par Hahnemann à Thomas Bartholin.

«Il y a environ deux mois, dit-il, qu'il me semble avoir devant les yeux des toiles d'araignées, sans que ma vue en ait souffert, puisque, à l'heure même que je vous écris, je l'ai encore si bonne, que je verrais les plus petits objets, et que je puis même supporter la lumière la plus vive sans aucune douleur. Je me suis purgé plusieurs fois; j'ai pris des pilules céphaliques; je me suis fait suer; j'ai un cautère au bras gauche depuis neuf mois; j'ai eu les vésicatoires; je vis dans un grand régime: malgré tout cela, je vois toujours voltiger des images qui changent de forme à chaque instant, et suivant les différens mouvemens de mes yeux. Je tremble qu'à la fin il ne me vienne une cataracte. Quoique Plempius dise avoir eu depuis son enfance de pareilles images, sans que sa vue en ait jamais été affectée considérablement et que j'aie traité aussi un malade qui voyait ainsi les objets à travers une espèce de crêpe, sans en avoir la vue moins bonne.»

Voici la réponse de Bartholin. Elle contient des pré-

ceptes fort utiles pour le traitement des mouches volantes.

« Les toiles d'araignée dont vous vous plaignez ne doivent point vous alarmer. Il y a plus de trente ans que j'eus à Padoue les mêmes accidens. Je craignais comme vous que ce ne fussent les avant-coureurs de la cataracte, mais le docteur Sala me rassura en me disant qu'elles causaient *plus de peur que de mal*. Depuis ce temps-là, je n'ai tenu compte de ces images qui voltigent devant mes yeux, et qui augmentent ou diminuent suivant que l'air est plus humide ou plus sec, sans que ma vue en ait été jamais plus troublée que la vôtre.

» J'ai eu soin de ne jamais veiller depuis ce temps-là, et de ne point lire ni écrire après souper à la chandelle. J'ai fait usage de tabac, qui m'a fait beaucoup de bien, en *détournant* par les narines les sérosités qui auraient pu troubler ma vue. Plusieurs personnes, à qui j'ai recommandé ce remède, s'en sont bien trouvées aussi. J'ajoute quelquefois au tabac, la marjolaine, l'euphraise, le fenouil, ou l'agaric en throchisques. »

---

§ II. — MIGRAINE OPHTHALMIQUE.

Syn. — *Irisalgie*.

Il existe encore une autre espèce de maladie oculaire qui affecte particulièrement les hommes adonnés aux travaux de l'esprit, c'est la *migraine ophthalmique*. Cette affection qui, d'après quelques uns de ses symptômes, paraît être une seule et même chose avec les mouches volantes, en diffère essentiellement par son siége et ses variétés.

Nous connaissons plusieurs de nos amis qui y sont sujets, entre autres un médecin fort connu par ses nombreux et utiles travaux.

« Il arrive dans certains cas, dit M. le professeur Piorry, que la vue est pervertie, sans pour cela être augmentée ou diminuée. C'est ainsi que des images bizarres et de formes variables ; des points, des taches, des cercles incolores ou rouges, uniformes ou irrisés, oscillans ou assez fixes, apparaissent au malade, sans que rien d'extérieur à l'œil y donne lieu. De toutes les images de ce genre, la plus fréquente, et peut-être la plus curieuse, est la suivante, qui marque le début de l'irisalgie ou migraine ophthalmique. Quelques personnes, principalement celles qui travaillent beaucoup des yeux, et surtout lorsqu'elles fixent des objets alors que l'estomac vient de recevoir des alimens ou qu'elles éprouvent la sensation pressante de la faim, ou encore lorsqu'elles sont soumises brusquement à l'action d'une vive lumière, éprouvent dans le centre du champ de la vision un véritable éblouissement ; ils y voient mal. Un espace terne, grisâtre, très petit d'abord, se fait bientôt remarquer. Autour de lui se meut avec des oscillations très distinctes un arc de cercle en zig-zag, irisé, à sept ou huit saillies anguleuses, qui s'étend, s'élargit, grandit, pâlit, devient moins marqué à mesure que ses dimensions se développent. En quelques minutes, parfois en une demi-heure, il embrasse tout le champ de la vision et semble se cacher enfin au pourtour de l'œil où il disparaît. L'espace terne et central s'étend à mesure que l'arc du cercle prend du développement, mais lui-même aussi devient moins marqué lorsqu'il s'agrandit ; lorsque l'arc de cercle cesse, ces objets sont pour le malade tout aussi nets qu'avant

l'invasion de cette bizarre affection, bientôt suivie d'accidens névralgiques (1). »

Traitement. — Le traitement des mouches volantes et de la migraine ophthalmique est long et difficile : si la maladie est le résultat d'une affection congestive de l'œil, d'iritation nerveuse ou d'éréthisme, il faut la combattre à l'aide de bains de pieds à lamoutarde, de légers purgatifs et de petites saignées générales ; si elle est un symptôme précurseur de l'amaurose, il faut employer les mêmes moyens que nous avons indiqués en parlant de l'amaurose commençante. Dans cette circonstance, nous employons de préférence le collyre composé d'après la formule suivante.

Prenez :

Eau distillée.	1/2 once = 16 gram.
Ether sulfurique. } Ammoniaque. }	1 gros = 4 gram.

pour faire un collyre gazeux, que l'on appliquera sur l'œil malade, ainsi que nous l'avons indiqué en parlant de l'amaurose sympathique, (page 218).

Lorsque les mouches volantes existent depuis longtemps sans que l'œil soit menacé d'être affecté de goutte sereine, il est difficile de les guérir, mais on peut empêcher la maladie d'aller plus loin à l'aide de moyens hygiéniques convenables.

On a quelquefois employé avec succès l'électricité et le galvanisme ; on doit recourir à ces moyens quand la maladie a résisté aux autres médications.

Les mouches volantes qui restent quelquefois à la suite de fièvres nerveuses graves et d'autres maladies semblables, disparaissent sous l'influence d'un régime

(1) *Traité de Diagnostic et de Séméiologie*, tome 3. Paris, 1838.

convenable, sans autres médications, à mesure que les forces du convalescent se rétablissent. (Weller).

Les personnes affectées de mouches volantes, par suite d'hystérie et d'hypochondrie, doivent faire usage d'une médication propre à combattre ces deux dernières affections.

MOYENS HYGIÉNIQUES.

I.—La chambre destinée à l'étude doit être bien éclairée. Une lumière insuffisante affaiblit la vue; une lumière trop forte l'éblouit et la trouble.

II. —Dans un cabinet d'étude, il ne devrait jamais y avoir de lumière réfléchie ou concentrée. Rien n'est plus utile à la conservation de la vue que la régularité de la lumière pendant les heures de travail.

III. —Rien n'est plus nuisible, au contraire, que l'habitude d'étudier à une fenêtre ouverte qui reçoit les fortes réflections d'un mur opposé, contre lequel le soleil brille. La lumière d'une chambre dont les fenêtres descendent jusqu'au terre-plein sont aussi nuisibles. Dans ce cas, la lumière se reflète du sol jusqu'aux yeux, et l'appartement est éclairé d'une manière désagréable et contre nature. Il est presque impossible que la personne qui étudie continuellement à une telle lumière puisse conserver ses yeux bons et sains. Les yeux soutiendraient beaucoup mieux le soleil dans un appartement où ses rayons pourraient pénétrer directement que dans un autre où ils arriveraient par réflections. La lumière de la nature se répand uniformément et également. Partout

où l'œil se tourne sur la vaste surface de la création, cette distribution harmonieuse lui est agréable et se trouve en parfait accord avec ses fonctions et ses facultés.

IV. — La lumière d'une chambre d'étude devrait être tempérée par des rideaux verts ou bleus aux fenêtres. Les tentures même de l'étude devraient être telles qu'elles n'offensassent point les yeux en donnant lieu à une lumière concentrée. La salle, par exemple, ne devrait pas être ornée d'objets brillans et éclatans sur lesquels les yeux ne pussent se reposer avec des sensations agréables. Il serait bon que les murs fussent peints en bleu tendre ou en vert.

V. — Quant à la lumière pour le soir, elle devrait être telle que l'homme d'étude eût la faculté de voir d'une manière distincte et sans éprouver ni fatigue, ni larmoiement.

VI. — Les lampes communes et les chandelles sont les pires espèces de lumière pour le cabinet d'étude, et ne doivent point être recommandées. Elles sont mauvaises, en premier lieu, parce qu'elles ne donnent qu'une lumière irrégulière et vacillante. La flamme en est toujours mobile, surtout dans les chaleurs de l'été, quand les fenêtres sont ouvertes, et pendant l'hiver alors que nombre de forts courans d'air soufflent à l'entour : il en résulte de graves incommodités pour les yeux ; il vaut mieux se servir de bougies stéariques, de cire, ou de blanc de baleine, parce qu'elles sont plus pures, et que la flamme conserve une longueur plus uniforme et une direction plus stable et plus perpendiculaire. Ces bougies sont aussi meilleures parce qu'elles ne donnent pas de fumée, et ne vicient pas l'atmosphère de la chambre comme l'huile et le suif.

VII. — Les ombrages en verre dépoli ne sont pas ce

qu'il y a de mieux pour conserver la vue, parce qu'ils produisent une lumière trop concentrée, et, par cette raison, font mal aux yeux. Le meilleur ombrage est un papier huilé qui renvoie une lumière suffisante autour de la chambre, et n'offense pas la vue par sa clarté.

VIII. — Pour éviter les fâcheuses conséquences d'une position inclinée, lorsque l'on s'appuie sur la table, on a l'habitude de s'asseoir droit et de tenir le livre à la main dans les études du soir, et de la lumière de telle sorte qu'elle brille de côté. Cette habitude est nuisible à la vision, parce qu'elle fatigue de préférence l'œil qui est le plus près de la lumière, tandis que l'autre reste inactif, et l'on dérange ainsi cette harmonie d'exercice que la nature a établie dans l'organe de la vue.

IX. — L'introduction du gaz dans le système d'éclairage a exercé une influence fâcheuse sur l'œil. Dans plusieurs villes d'Angleterre où les cabinets littéraires sont éclairés au gaz, la plupart des lecteurs ont la vue très fatiguée au bout d'une heure ou deux de travail ; tandis que dans les cabinets de lecture établis d'après le système ordinaire d'éclairage, on peut travailler plusieurs heures sans que la vue soit très fatiguée. Nous tenons ces renseignemens de quelques étudians anglais. Les médecins attachés aux manufactures éclairées par le gaz, n'ont pas tardé à constater ces résultats en les comparant à ceux qui avaient lieu pendant l'emploi des quinquets à huile épurée.

Les mauvais effets du gaz à éclairage sont surtout très fréquens parmi les enfans livrés à l'industrie cotonnière et dans les magasins ou dans les établissemens éclairés au gaz jusqu'à une heure fort avancée de la nuit. On peut diminuer l'influence délétère du gaz en diminuant son foyer incandescent, en surveillant son épuration et en

renouvelant l'air de l'appartement. M. Carron du Villards recommande l'usage de l'eau fraîche aiguisée avec une substance aromatique légèrement astringente.

X.—Pour jouir d'une lumière douce, d'une égale intensité, sans que la lampe qui la procure corrompe en quelque sorte ses bienfaits par de nuisibles émanations, la première condition, pour être bien éclairé, est de se servir d'huile épurée.

Voici un procédé de dépuration d'une telle simplicité que tout le monde peut l'employer avec un entier succès. Nous l'extrayons du journal l'*Hygie* (1).

On ajoute à dix parties d'huile dix parties d'eau dans laquelle on aura délayé une partie de farine. On agite bien le mélange ; ensuite on fait chauffer jusqu'à l'évaporation de l'eau , c'est-à-dire jusqu'à ce que l'huile cesse d'avoir de l'homogénéité avec les substances qu'elle tenait en suspension. Dans cet état elle est dépurée , et elle sort claire au bout de vingt-quatre ; elle a perdu tout son mucilage. On chauffera graduellement, et la température n'excédera pas 80° Réaumur. Cette chaleur est suffisante pour opérer la coction de la farine et de la substance mucoso-extractive que contient l'huile : une plus forte chaleur colorerait l'huile.

Nous avons insisté sur la dépuration de l'huile, car la meilleure lampe, la plus ingénieusement fabriquée, devient un meuble inutile avec de mauvaise huile. Il faut ajouter que les huiles du commerce éprouvent des mélanges et des falsifications sans nombre, surtout à certaines époques de l'année; particulièrement avant les récoltes.

L'huile se rancit par le contact de l'air et l'absorption

(1) 15 novembre 1840.

de l'oxigène. En mettant deux pouces de bonne eau-de-vie dans le vase qui contient l'huile, on la conserve fort longtemps. On bouche avec une vessie.

Maintenant nous allons indiquer une lampe économique. Au moyen du procédé suivant, on prolongera la durée de l'huile, en même temps qu'on lui enlèvera cette fumée épaisse si nuisible à la vue et à la respiration.

Tout le secret consiste à faire fondre dans un verre d'eau autant de sel que cette eau peut en contenir : en d'autres termes, jusqu'à saturation. On trempe les mèches dans cette préparation, et on les fait sécher. On verse de cette eau salée et de l'huile parties égales dans une bouteille qu'on agite pour les mêler ensemble, et on en garnit les lampes avec les mèches préparées. Les huiles de lin et de navette conviennent mieux que les autres pour cet usage.

Nous n'oublierons pas de rappeler l'emploi d'un moyen connu, et qu'on néglige beaucoup trop, pour empêcher les verres de lampe de se casser. On empêche leur fracture en facilitant leur dilatation, en donnant un coup de diamant à leur base : on peut retirer une grande économie d'un moyen aussi simple.

Il nous reste à dire un mot sur les veilleuses improvisées. La veilleuse est peut-être le meuble le plus utile, le plus mystérieusement poétique : c'est le symbole de la discrétion et de la vigilance. On a trouvé sur une lampe de nuit d'origine grecque, cette charmante inscription : « *Amans, gardez-vous de m'éteindre, je ne dirai* » *pas au jour ce que j'aurai vu la nuit.* »

XI. — Une lampe de nuit très peu coûteuse se fabrique ainsi : on pèle des marrons, on les fait sécher, puis on les perce de part en part avec une moyenne vrille. Lors-

qu'on veut s'en servir, on les fait tremper vingt-quatre heures d'avance dans de l'huile à brûler. On fait passer par le trou qui les traverse une mèche de la longueur du petit doigt ; puis on met le marron, ainsi préparé, dans un vase de terre rempli d'eau. On allume la mèche, et on est sûr d'avoir de la lumière jusqu'au jour.

XI *bis*.—Les hommes d'étude, surtout ceux qui sont prédisposés à l'amblyopie et à la berlue, devront préférer le travail du matin à celui du soir. La lumière naturelle étant la plus pure, la meilleure et la plus douce, nous ne saurions trop recommander aux personnes qui veulent conserver une bonne vue de se lever de bonne heure. Le matin, après un sommeil suffisant et modéré, les yeux, aussi bien que les autres parties du corps, se sont reposés et se sont fortifiés par le sommeil, et reviennent à la tâche avec une vigueur nouvelle ; ils se fatiguent moins aisément, et sont en état de supporter un plus fort exercice en ce moment qu'en aucun autre. L'échange du travail de nuit en celui du matin produira un très grand bien pour les yeux.

XII.—Ceux surtout dont les yeux sont *mauvais*, soit par un vice de constitution, soit par l'imprudent usage de la lumière en faisant des efforts diligens, longs et continuels, se trouveraient amplement dédommagés en mettant ces conseils en pratique. Ces personnes trouveraient des avantages incalculables en se servant de la lumière du matin de préférence à celle du soir. Nous connaissons plusieurs vieillards qui conservent la vue parfaite à cause de l'habitude qu'ils ont toujours eue de ne jamais travailler le soir.

XIII.—En se levant de bonne heure, on doit éviter de se livrer immédiatement au travail ; il faut marcher pendant quelque temps çà et là, jusqu'à ce que les yeux

reviennent de la première faiblesse qu'on éprouve en s'éveillant.

XIV. — Quand on se trouve obligé de faire un long usage de ses yeux à la chandelle, on devrait choisir un genre d'étude ou de lecture qui n'exigeât pas une grande contension d'esprit, puisque toujours ceci augmente la propension qu'a le sang à se porter à la tête. La position sédentaire de l'homme studieux tend constamment à faire monter le sang à la tête et aux yeux par la position inclinée du corps qu'il est souvent obligé de tenir en cet état pendant des heures, et qui obstrue encore la libre circulation des viscères abdominaux.

XV. — Quand on ne se trouve pas dans un cas de nécessité, et que, pour occuper les heures de loisir dans la soirée, l'on a à faire choix de la lecture ou de l'écriture, il vaut mieux embrasser celle-ci de préférence, pourvu, toutefois, que cela se fasse sans contention d'esprit. On reconnaîtra en l'essayant laquelle des deux fatigue le moins la vue.

XVI. — La jouissance d'un air frais et pur est indispensablement nécessaire à la conservation des yeux. Quelles sont les personnes qui souffrent le plus fréquemment des affections de cet organe? celles qui sont bon gré malgré renfermées dans une atmosphère impure. La jouissance d'un air pur est indispensable à la bonne santé, qui est l'un des plus sûrs garans de la conservation de la vue. Mais, indépendamment des effets bienfaisans de l'air pur pour les yeux, au moyen de la santé générale, il exerce localement une heureuse influence sur eux. C'est l'une des applications locales la plus agréable et la plus salutaire. Celui donc qui est appelé à faire un grand usage de ses yeux doit éviter avec soin de s'asseoir longtemps dans une atmosphère impure. Les portes et les fe-

nêtres de son cabinet d'étude doivent être ouvertes tous les jours afin de le purifier. Les lumières dont il se sert pour lire ou pour écrire doivent être telles qu'elles ne vicient pas l'air de la chambre par l'émission d'une trop grande quantité de fumée. Il faut aussi qu'il accorde à ses yeux les bienfaits de l'air pur extérieur.

XVII. — L'homme studieux devrait journellement et régulièrement, quand le temps le permet, prendre la somme d'exercices nécessaire à l'entretien de la santé et de la vigoureuse condition du corps. L'exercice donne de la force et facilite la digestion, etc. On doit éviter soigneusement d'avoir le ventre et le cou fort serrés. Ces précautions ,entrant dans le domaine général de l'hygiène, nous renvoyons nos lecteurs aux traités spéciaux sur la matière.

XVIII.—Une stricte tempérance est indispensable pour la conservation des yeux. « Quiconque aspire aux honneurs littéraires ou ambitionne les palmes de la science, dit M. E. Reynolds, à qui nous empruntons quelques obrsevations sur le sujet de ce chapitre, «doit se souvenir qu'on ne les rencontre que dans les sentiers de la tempérance. Les plaisirs de l'esprit ne concordent pas avec un corps amolli. A quoi devons-nous attribuer la *sérénité* du cerveau des philosophes anciens ? Leurs œuvres ne sont pas des productions de têtes *obstruées*. Leurs yeux considéraient la nature par une vision claire, jusqu'à la fin de leur vie. Bien différens des étudians de notre temps, ils exerçaient leurs membres autant que leur esprit. Ils étudiaient et pensaient au grand air. Le cerveau chez eux n'était pas le seul organe qui eût sa tâche ; et voilà pourquoi il n'était pas opprimé par le sang appartenant aux autres parties du corps. D'ailleurs, ils étaient soumis aux saines lois de la tempérance. »

XIX. — On doit quitter le cabinet de travail, si pendant l'étude du soir ou de la journée on éprouve les phénomènes suivans :

1° Un sentiment pénible de distension de toute la région avoisinant l'œil, particulièrement après un travail continuel accompagné d'épuisement de la vue. Que l'homme d'étude alors ferme les yeux et les repose pendant un quart-d'heure, et il ne ressentira plus cet effet.

2° Quand le travail a été de longue durée, et accompagné d'épuisement considérable non seulement de la vue, mais aussi des facultés mentales, ajouté au sentiment de distention dont nous venons de parler ; si l'on éprouve une sensation inaccoutumée d'augmentation de chaleur et un feu particulier dans les paupières avec difficulté de les ouvrir, ainsi que de mouvoir les prunelles comme d'habitude.

3° Si pendant que l'on travaille, on tente de considérer attentivement un objet dans le lointain et qu'ils se remplissent de larmes ou qu'ils sont plus humides que d'ordinaire.

4° Si un mal de tète supportable, et plus particulièrement vers la région des sourcils accompagné de sensation désagréables de pesanteur, se fait ressentir immédiatement après ou même pendant le travail.

5° Si la personne est jeune et pléthorique et éprouve les symptômes que nous venons de décrire, que le bord des paupières devienne rouge et s'épaississe en quelque sorte, et que la conjonctive paraisse plus boursoufflée et plus vasculeuse qu'elle ne l'est dans son état normal.

6° Si un léger nuage vient subitement devant les yeux pendant quelques instans ; que les objets se voient un moment dans un état de confusion, et qu'à moins de fermer les yeux il s'ensuive un vertige.

Ce dernier symptôme est plus commun chez les sujets replets et pléthoriques lorsqu'ils ont abusé de leurs yeux. L'homme sage et prudent les considérera comme des signes précurseurs qui l'engagent à prendre quelques mesures pour conserver la vue.

7° Enfin si la circonférence de tous les objets semble entourée d'une espèce d'arc-en-ciel rougeâtre; s'ils paraissent mobiles et voilés subitement par une lueur incommode qui vacille fort rapidement de haut en bas, et si, pendant que l'œil continue à regarder les objets, ceux-ci se précipitent confusément les uns dans les autres.

8° A partir de cette période, on ne peut aller plus avant impunément. Si l'on n'obvie pas à cette condition des yeux par une conduite prudente, elle dégénérera facilement en amblyopie et quelquefois même en amaurose. Dans ces cas, il faut laisser pendant longtemps les études pour voyager dans les campagnes.

XX.—Le malade ne doit jamais se remettre au travail après les repas, et il doit tous les matins se bassiner les yeux avec de l'eau de puits excessivement froide. Cette pratique peut être très avantageuse même pour les personnes qui n'ont pas mal aux yeux.

L'eau chaude est préférable si le sujet malade est rhumatisant, et si les paupières sont chargées de chassie, (voir ce mot à la page 128) ou collées le matin à son réveil.

XXI. — L'homme de cabinet ne doit se servir de lunettes que lorsqu'il est myope ou presbyte. — Si sa vue est très irritable, par suite de conjonctivite et de rétinite chroniques, il peut faire usage de conserves sans foyer, légèrement coloriées en bleu.

XXII.—Beer et quelques praticiens modernes rapportent que les personnes à qui la nature a donné des yeux

bruns ou noirs, ont besoin de plus de précaution pour la conservation de leur vue, que celles qui les ont bleus ou gris. Cette assertion nous paraît exagérée ; nous pourrions produire plusieurs faits à l'appui de notre opinion.

XXIII. — Il faut éviter de se frotter souvent les yeux, surtout le matin en se levant ; on doit lire dans le lit le moins possible, mais à ceux qui en ont l'habitude, nous recommandons de ne pas lire tournés sur le côté. La position sur le dos avec un coussin très haut derrière les épaules est toujours préférable.

XXIV. — Lorsque la santé générale est délabrée par suite d'une maladie nerveuse inflammatoire, etc., on doit avoir soin de ne reprendre les travaux intellectuels que longtemps après la convalescence de ces affections.

XXV. — On doit étudier le moins possible dans les livres imprimés en petits caractères. On sait qu'une page en caractères *italiques* se lit avec beaucoup moins de facilité qu'une autre en type ordinaire ; l'œil doit s'y fixer d'une manière plus intense, et peut aussi s'épuiser comme par les efforts nécessaires pour lire à une demi-lumière. L'habitude de lire dans ces livres peut être dangereuse pour les bons yeux et fatale pour les yeux faibles (Reynolds).

XXVI. — L'étude des différentes langues et surtout les caractères propres à chacune d'elles sont une des causes occasionnelles de l'amblyopie et des mouches volantes ; voici une observation assez curieuse et dont on peut tirer quelques enseignemens pratiques fort intéressans.

Un jeune Hongrois, instituteur dans une maison anglaise à Paris, vint nous consulter pour des mouches volantes qui l'affectaient depuis quinze mois ; l'œil droit n'offrait rien de particulier, mais l'œil gauche présentait quelques symptômes d'amaurose torpide commençante

(iris peu mobile, pupille très dilatée, etc.). Nous avons porté sur l'œil des topiques stimulans et surtout le collyre indiqué à la page 218. Tout ce qu'il a pu obtenir de ce traitement ce fut de n'être plus gêné par les mouches volantes pendant la journée ; mais le soir il était forcé de quitter toute espèce de travail et surtout la lecture.

Le malade avait une érudition polyglotte, et il s'est soumis avec beaucoup de complaisance aux essais que nous avons voulu faire pour connaître mieux la nature de sa maladie et l'influence qu'exerçaient les divers caractères des langues sur ses yeux. Voici le résultat de nos observations :

Le premier soir il lut de l'*arabe* ; la lecture de la première page commença à lui fatiguer la vue, il ne put continuer que pendant une demi heure ; au bout de ce temps, au lieu de lettres arabes il ne voyait (c'est son expression) que des insectes de différentes formes, qui se remuaient en différens sens ; le même essai fut répété le jour suivant, il nous donna le même résultat.

Le quatrième jour il lut du *grec* dont il put continuer la lecture jusqu'à trois quarts d'heure, après ce laps de temps il ne voyait sur le livre que des filamens, formant de petits dessins de différentes formes.

Le sixième jour (nous laissions toujours un jour d'intervalle pour ne pas trop fatiguer la vue), Il lut de l'*allemand* pendant une heure; mais ensuite il ne voyait plus que quelques stries longitudinales, et quelques points ou des traits d'union entre une strie et l'autre.

Il lut consécutivement, toujours à 24 heures d'intervalle, de l'*anglais*, du *français*, du *portugais*, de l'*italien* et de l'*espagnol*; il put continuer la lecture pendant deux heures, l'anglais le fatiguait un peu plus que les trois dernières langues. Il ne voyait plus des *insectes*, des *fila-*

mens et des *stries* comme pour l'arabe, le grec et l'allemand, il distinguait les lignes et même les lettres, mais il ne pouvait pas les saisir, car cela lui faisait l'effet qu'éprouve un homme qui a la vue fort bonne et qui veut lire à côté d'une chandelle dont la flamme est tremblante.

Enfin nous avons observé que les langues qu'il comprenait le moins le fatiguaient le plus.

XXVII.—On doit conclure de cette observation 1° que tout individu affecté de *mouches volantes* doit s'abstenir de lire des livres grecs, arabes et allemands, surtout si les mouches volantes sont des signes précurseurs de l'amaurose ; 2° Qu'il ne doit pas lire du tout le soir ; 3° Qu'il doit s'appliquer le moins possible, même sur les langues qui le fatiguent le moins ; 4° enfin, qu'il doit renoncer complétement aux langues mortes, si la maladie fait des progrès. On pourrait en dire autant des musiciens affectés d'amaurose commençante, à cause de la ressemblance du langage musical avec les lettres arabes.

XXVIII.—Les prêtres affectés de berlue doivent s'abstenir de lire dans les anciens livres ou dans des bréviaires dont les lettres sont partie rouges, partie noires.

XXIX. — L'homme de cabinet ne doit jamais, sans consulter son médecin, faire usage de ces *eaux merveilleuses* débitées par les charlatans et les bonnes femmes.

XXX. — Pendant l'hiver, il faut couvrir le feu de la cheminée par un écran, car l'ardeur et l'éclat de la flamme congestionnent les yeux et produisent souvent des engorgemens de la conjonctive, surtout à l'angle externe de l'œil, et des rétinites chroniques très opiniâtres.

XXXI. — Il n'y a rien de plus hygiénique, et qui contribue à la conservation des yeux que de travailler un

peu éloigné du feu et même dans une chambre qui n'est pas fortement chauffée : l'année dernière nous avons donné des soins à un employé du ministère de l'intérieur, affecté de mouches volantes par suite de suppression hémorrhoïdale; nous avons commencé par faire reparaître les hémorrhoïdes; et la guérison des mouches volantes ne se fit pas attendre; mais toutes les fois que cet individu entrait dans son cabinet pour reprendre ses occupations habituelles, il commençait à apercevoir une espèce de crêpe bariolé de différentes couleurs qui lui troublait plus ou moins la vue; nous lui avons conseillé de s'abstenir pendant quelque temps de toute espèce de travail, mais le malade n'éprouvait aucune amélioration ; nous avons observé que son cabinet de travail était fortement chauffé à l'aide d'un poële; nous avons fait remplacer ce poële par une petite cheminée; le cabinet contenant ainsi moins de chaleur, l'air étant plus pur, dès le premier jour le malade a commencé à éprouver une amélioration notable, et au bout d'une semaine la guérison a été complète.

FIN.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE PREMIÈRE.

Fig. 1re. Kératotome à double lance, de l'auteur, pour inciser la cornée et la capsule cristalline dans l'opération de la cataracte par la kératotomi-kystotritie. Cette incision peut être faite aussi par le couteau-lancette décrit au n° 9 de la 4e *planche*.

2. Kystotriteur (pince à double bascule), de l'auteur, pour saisir le cristallin et sa capsule, les broyer et en extraire les fragmens.

3. Kystotriteur vu de profil.

PLANCHE DEUXIÈME.

Fig. 1re. Kératotome à double lance incisant la cornée et la capsule cristalline.

2. Kistotriteur introduit dans l'incision de la cornée, s ai sissant le cristallin.

PLANCHE TROISIÈME.

Fig. 1re. Aiguille droite pour l'opération de la cataracte.

2. Lance à cataracte, de Beer.

3. Ciseaux courbes sur le côté.

4. Aiguille de Luzardi pour l'opération de la pupille artificielle.

5. Kératotome caché double, de M. Carron du Villards pour agrandir l'incision trop petite de la cornée, dans l'opération de la cataracte.

6. Ciseaux à pupille artificielle de M. Carron du Villards.

7. Myotome de M. Sédillot pour l'opération du strabisme.

8. Couteau-crochet de M. Baudens, *idem*.

9. Bistouri-conducteur du professeur Doubowitski, *idem*.

10. Instrument de l'auteur pour la pupille artificielle. Cet instrument consiste en une pince à double-bascule, comme pour le kystotriteur, montée de deux tiges à lances en forme d'emporte-pièce.

11. Aiguille de Langenbeck (vue de profil), pour la kératonyxis.

12. *Idem*, vue sur le plat.

13. Érigne pour la pupille artificielle.
14. Scalpel pour inciser la conjonctive dans l'opération du strabisme.
15. Crochet de M. le professeur Cloquet pour retirer la canule métallique implantée dans le canal casal.
16. Bistouri de Jean Louis Petit, pour l'opération de la fistule lacrymale, pour quelques tumeurs des paupières, etc.
17. Mandrin-pince à pression continue de M. Charrière pour placer et retirer la canule métallique.

PLANCHE QUATRIÈME.

Fig. 1re. Pince à traverses pour former un pli à la peau lors de l'opération de l'entropion ou de la chûte de la paupière supérieure.
2. Seringue d'Anel modifiée par M. Charrière (système à double parachute). *a*, canule courbe, *b*, canule droite.
3. Canule de Dupuytren.
4. Pince à trichiasis.
5. Pince oculaire de Blœmer.
6. Érigne double pour saisir les vaisseaux viriqueux de la conjonctive, la caroncule, les tumeurs enkystées, etc.
7. Sonde de Laforet, pour le canal nasal.
8. Érigne double pour fixer le globe de l'œil dans l'opération du strabisme.
9. Couteau à lancette pour inciser la cornée dans l'hypopyon, dans les abcès de cette membrane et dans la kératotomi-kystotritie; pour servir à ce dernier usage, il faut cependant qu'elle soit un peu plus large vers son tiers supérieur.
10. Couteau à cataracte de Beer.
11. Curette de Daviel.
12. Pince-crochet de Reisinger.
13. Abaisseur de la paupière inférieure de MM. Dieffenbach et Charrière.
14. Couteau à cataracte de Wenzel.
15. Élévateur de la paupière supérieure de MM. Caffe et Compérat.

NOTA. Les instrumens décrits dans ces planches proviennent des ateliers de MM. Charrière et Lüer.

TABLE DES MATIÈRES.

(1) Par suite d'une faute typographique, page 188, § VIII, cette maladie est désignée sous le nom de *sclérotite scrofuleuse*, au lieu de *sclérotite rhumatismale*.

Pages

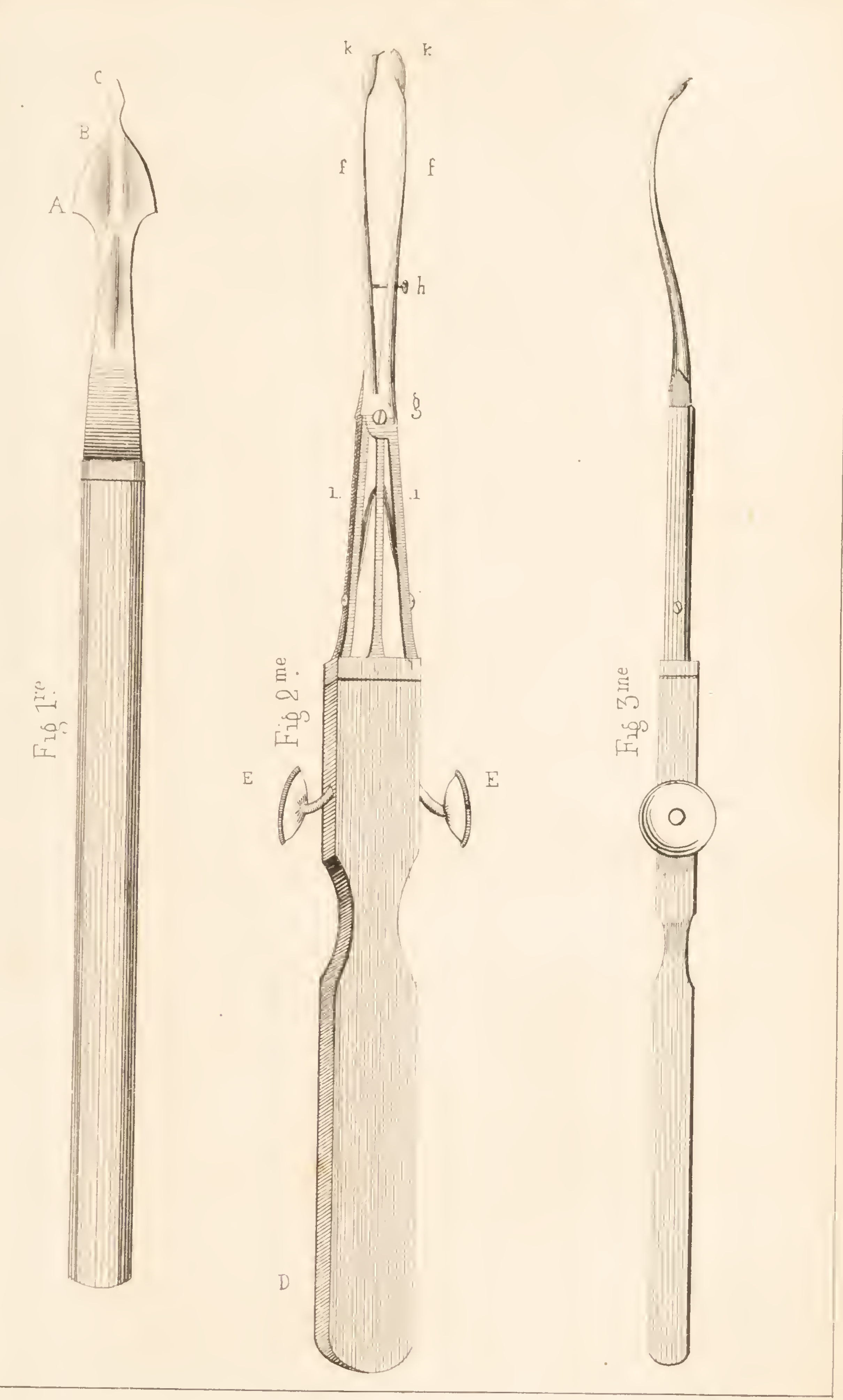
CLASSE SECONDE.

MALADIES OCULAIRES ORGANIQUES.

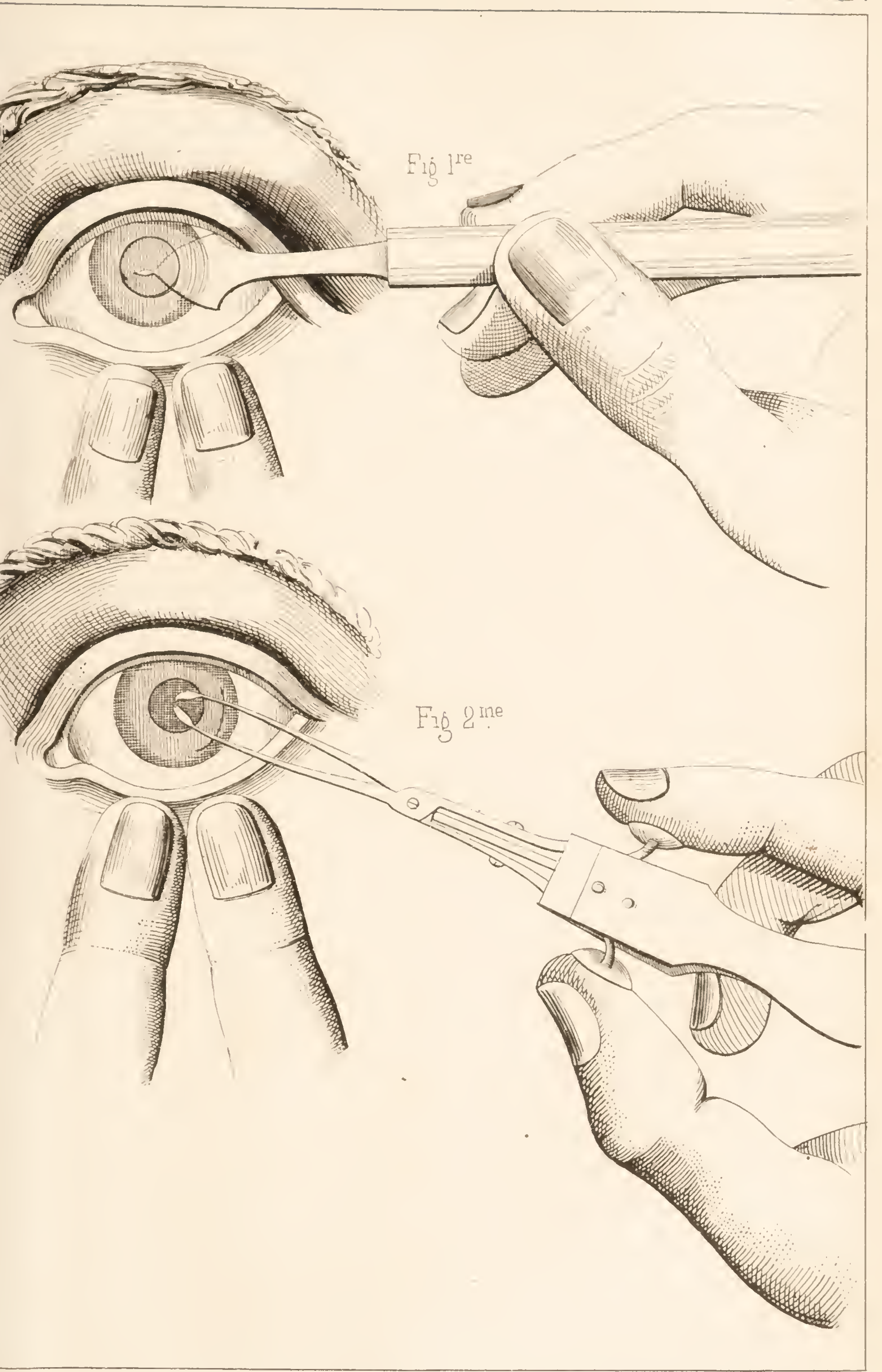
CHAPITRE I. — MALADIES DE L'OEIL PAR ALTÉRATION CHIMICO-ORGANIQUE.

FIN DE LA TABLE.

PARIS. — Imprimerie de P. BAUDOUIN, r. des Boucheries St-G., 38.



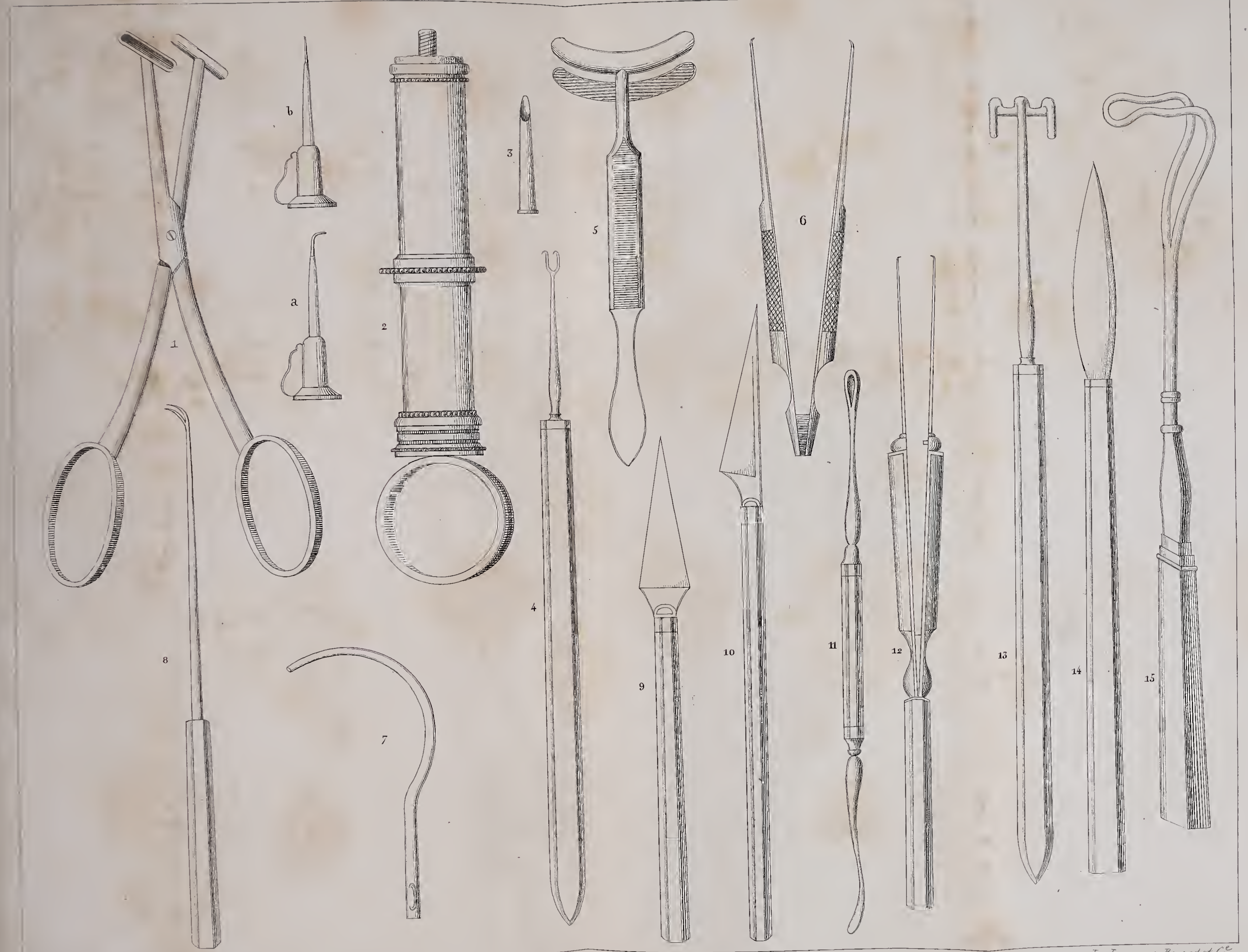
Lith. Sauve r. du Petit Carreau 32


Fig 1re
Fig 2me

Pl. III



Im. Lemercier Benard et Cie



Dess. et grave par L. de Laplante 6, r. de l'Abbaye

Im. Lemercier Benard et Cie

